This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

No.....

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE.

No.....

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE.

No.....

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT

ÜBERSICHT

DER

LEISTUNGEN AUF DEM GEBIETE DER ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, PATHOLOGIE UND THERAPIE DES NERVENSYSTEMS EINSCHLIESSLICH DER GEISTESKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN
VON
Dr. E. MENDEL,
PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BERLIN.

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASSOCIATION

DRITTER JAHRGANG.

LEIPZIG,
VERLAG VON VEIT & COMP.
1884.

Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

21. 1 mill Rach ...

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 1. Januar. № 1.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** 1. Ueber die nach Durchschneidung der Sehnervenfasern im Innern der Grosshirnhemisphären auftretenden Erscheinungen von **W. Bechterew.** 2. Ueber das Auftreten von Transfert-Erscheinungen während der Behandlung der partiellen Epilepsie von **L. Hirt.**

II. Referate. Experimentelle Physiologie. 1. Willkürliche Beschleunigung der Herzaction von **Tarchanoff.** 2. Verhalten der vasomotorischen Centren des Gehirns u. Rückenmarks gegenüber elektrischer Reizung des Schädels, der Wirbelsäule u. der Haut von **Feinberg.** — Pathologische Anatomie. 3. Entwickelungshemmung in der motorischen Sphäre des Grosshirns von **Jensen.** 4. Des altérations des nerfs cutanés chez les ataxiques par **Déjerine.** — Pathologie des Nervensystems. 5. Note sur un cas d'aphasie avec intégrité de la troisième circonvolution frontale gauche et lésion des faisceaux blancs sous-jacents par **Raymond** et **Artaud.** 6. Etude anatomique et clinique sur la paralysie labio-glosso-laryngée par **Déjerine.** 7. Neurite traumatique de plexus brachial droit etc. von **Pozzi.** 8. Multiple Neuritis von **Müller.** 9. Recherches sur la courbe de la secousse musculaire dans différentes maladies du système neuro-musculaire par **Mendelssohn.** 10. Krämpfe der Respirationsmuskeln von **Riegel.** — Psychiatrie. 11. Insanity from quinine by **Kiernan.** 12. La paranoia e le sue forme **Giuseppe** et **Tonnine.** — Therapie. 13. A case of severe cerebral concussion in which the bromide of potassium in large doses averted death by **M'Donald.** 14. La guérison du tremblement par l'emploi de la vératrine par **Féris.** 15. Gegen Morphiomanie von **Jackson.** — Forensische Psychiatrie. 16. Examen de l'état mental de Delmet Gédéon, incendiaire par **Motet.** 17. Vertiges épileptiques; Assassinat; Acquittement par **du Saulle.** — Anstaltswesen. 18. Verwaltungsbericht der Bezirks-Irren-Anstalten Stephansfeld-Hördt von **Stark.** 19. Verwaltungsbericht der Bezirks-Irren-Anstalt bei Saargemünd von **Freusberg.**

III. Aus den Gesellschaften. — IV. Bibliographie. — V. Personalien. — VI. Vermischtes.

I. Originalmittheilungen.

Ueber die nach Durchschneidung der Sehnervenfasern im Innern der Grosshirnhemisphären (in der Nachbarschaft des hinteren Abschnittes der inneren Kapsel) auftretenden Erscheinungen.

Von Dr. **W. Bechterew,** Docent an der kaiserl. medicin. Akademie zu St. Petersburg, Ordinator der Klinik von Prof. Mierzejewsky.

In meinen früheren Arbeiten habe ich auf Grund meiner Versuche an höheren Thieren festgestellt, dass die Sehnervenfasern bei letzteren im Chiasma eine unvollständige Kreuzung erfahren. Diese Thatsache wird unwiderleglich

durch den Umstand bewiesen, dass Durchtrennung der Sehnervenfasern hinter dem Chiasma auf ihrer Bahn zu den Vierhügeln (im Tractus opticus und Brach. anter.) an den Thieren bilaterale Hemianopsie zur Folge hat, indem an beiden Augen der Gesichtsfelddefect die der lädirten Hemisphäre entgegengesetzte Seite betrifft.[1]

Ebensowenig veranlassen einseitige Verletzungen der Vierhügel, wie ich aus anderen Versuchen mich überzeugen konnte, vollkommene Blindheit eines Auges. Hingegen stellen nach bezeichneter Operation an den Thieren Erscheinungen halbseitiger Blindheit derselben Art sich ein, wie nach Durchtrennung des entsprechenden Tractus opticus oder Brach. anter.[2]

Aus diesen Thatsachen ist es ersichtlich, dass die Sehnervenfasern auf ihrer Bahn hinter dem Chiasma bis zu den Vierhügeln inclusive keine neue Kreuzung erleiden.

Doch ist es bekannt, dass die Vierhügel nicht den Endigungspunkt für die von der Netzhaut des Auges erhaltenen Impulse bilden. Nach der Entdeckung eines Sehcentrums in der Grosshirnrinde können wir die Vierhügel nur als eine Station auf der Bahn der centripetalen Ausbreitung der Gesichtsimpulse ansehen. Hieraus entspringt unabweisbar die Schlussfolgerung, dass die Sehnervenfasern hinter den Vierhügeln in der weissen Substanz der Grosshirnhemisphären weiterziehen und in den Ganglienelementen der Occipitalregion der Hirnrinde ihr Ende finden.

In der That beweisen zahlreiche pathologische Beobachtungen, dass Zerstörungen im hinteren Abschnitt der inneren Kapsel ausser halbseitiger Sensibilitätslähmung und Affectionen der Sinnesorgane — des Gehörs, Geruchs und Geschmacks — an der contralateralen Körperhälfte fast immer auch deutlich ausgeprägte Sehstörungen zur Folge haben.

Die anatomische Untersuchung entdeckt ebenfalls nach aussen vom Pulvinar Faserzüge, die einerseits die Fortsetzung der Tractus optici bilden, andererseits mit dem in der Rinde des Occipitallappens endenden sagittalen Occipitalbündel in Verbindung stehen.[3]

Bisher haben jedoch weder die Angaben der Anatomie, noch pathologische Beobachtungen — die, wie wir unten sehen werden, scharfe Widersprüche untereinander aufweisen — die Möglichkeit ergeben, die Frage zu entscheiden, ob die Sehnervenfasern auf ihrer Bahn von den Vierhügeln zur Hemisphärenoberfläche ohne nochmalige, der im Chiasma stattfindenden ähnliche Kreuzung verlaufen, oder ob auf dieser Bahn eine Ergänzungskreuzung stattfindet, wie einige Autoren annahmen.

Indessen kann diese Frage, welche ohne Zweifel für die Physiologie sowohl als für die Pathologie des Nervensystems bedeutendes Interesse bietet, auf experimentellem Wege definitiv entschieden werden. In der That genügt es, einem

[1] Siehe Neurologisches Centralblatt. 1883. Nr. 2 u. 12.

[2] „Ueber die Verrichtung der Vierhügel." Wratsch (russisch). 1883. Nr. 32—35. Ref. im Neurol. Centralbl. 1883. Nr. 18.

[3] Wernicke, Lehrbuch der Gehirnkrankheiten. 1881. Bd. I. § 9.

Thier die Sehnervenfasern im Innern einer Hemisphäre, also auf ihrer Bahn von den Vierhügeln zur Hirnrinde, zu durchtrennen, um auf Grund der dabei seitens des Gesichts sich einstellenden Erscheinungen den entsprechenden Schluss über Verlauf und Richtung der Sehnervenfasern hinter den Vierhügeln zu ziehen.

Zu bezeichnetem Zweck unternahm ich eine Reihe von Versuchen an Hunden mit Durchschneidung der Faserzüge in der Nachbarschaft des hinteren Abschnitts der inneren Kapsel, indem ich ein Instrument benutzte, das die Form eines dünnen Futterals besitzt, aus welchem nach Wunsch des Experimentators eine feine Klinge beinahe unter rechtem Winkel zur Scheide herausgeschoben werden kann.

Es ist bekannt, dass schon VEYSSIÈRE[1] und nach ihm CARVILLE und DURET[2] vermittelst eines ähnlichen Instrumentes Versuche mit Durchschneidung des hinteren Abschnittes der inneren Kapsel anstellten. Doch die Aufmerksamkeit dieser Autoren war bei diesen Versuchen beinahe ausschliesslich auf die bei den Thieren sich einstellenden Erscheinungen halbseitiger Anästhesie gerichtet. VEYSSIÈRE bemerkt nur, dass in seinen Versuchen das Sehvermögen unbeeinträchtigt zu sein schien, obgleich er dabei die Angabe macht, dass er nicht in der Lage war, die Thiere mit wünschenswerther Genauigkeit betreffs des Verhaltens ihrer Sinnesorgane zu untersuchen; CARVILLE und DURET aber erwähnen in ihren Versuchen gar nichts über den Zustand des Sehvermögens ihrer Thiere.

Die Ausführung der in meinen Versuchen vorgenommenen Operation verlangt keine specielle Beschreibung, da sie wesentlich fast in Nichts von demjenigen Verfahren abwich, welches VEYSSIÈRE und CARVILLE und DURET benutzten. Es ist jedoch zu bemerken, dass das Instrument bei seiner Einsenkung in die Substanz der inneren Kapsel zum Zweck der Durchtrennung der Sehnervenfasern nicht zu tief eindringen darf. Andernfalls misslingt der Versuch aus folgenden Gründen: Wenn das Instrument so tief durch die innere Kapsel geführt wird, dass die Durchschneidung vermittelst der herausgeschobenen Klinge unter der Kniehöckerebene stattfindet, so werden die Sehnervenfasern gewöhnlich gar nicht verletzt, und es können also auch gar keine Sehstörungen am Thier auftreten;[3] wenn aber die Durchschneidung der Fasern der inneren Kapsel zwischen Sehhügel und Linsenkern angebracht ist, so wird gar nicht selten auch der äussere Kniehöcker verletzt, und deshalb lässt es unmöglich sich entscheiden, ob die am Thiere zur Beobachtung gelangenden Sehstörungen als Resultat der Durchschneidung der Fasern der inneren Kapsel oder der Läsion des äusseren Kniehöckers aufzufassen sind.

In Berücksichtigung der angedeuteten Verhältnisse zog ich es vor, in meinen Versuchen die Durchtrennung der Faserzüge der inneren Kapsel in der Höhe

[1] VEYSSIÈRE, Recherches cliniques et expérimentales sur l'hémianésthésie de cause cérébrale. Thèse de Paris. 1874.

[2] CARVILLE et DURET, Sur les fonctions des hémisphères cérébraux. Arch. de Physiol. norm. et pathol. 1875. p. 352 sq.

[3] Ich vermuthe, dass das Fehlen von Sehstörungen an den Versuchsthieren VEYSSIÈRE's eben durch den Umstand sich erklären lässt, dass die Durchschneidung der Fasern der inneren Kapsel von ihm ziemlich niedrig ausgeführt wurde.

der oberen Fläche des Sehhügels auszuführen, unmittelbar nach aussen von der Uebergangsstelle des Seitenventrikels in das untere Horn, also über dem äusseren Kniehöcker.

Die Resultate dieser Versuche waren in allen Fällen identisch. Weder die Motilität noch die allgemeine Sensibilität der Thiere liess Veränderungen erkennen. Nur seitens des Gesichts boten deutliche Störungen sich dar, die in Folgendem bestanden:

Wenn dem Thier ein Auge verbunden wird, so erweist schon einfache Beobachtung das Bestehen von Sehstörungen an ihm. Schon von Anfang an führt das Thier Bewegungen mit seinem Kopfe aus, die offenbar darauf gerichtet sind, den bestehenden Gesichtsfelddefect auszugleichen. Ausserdem stösst es bei Ortsveränderungen fast immer an diejenigen Hindernisse, die an der Seite der unverletzten Hemisphäre liegen — sowohl bei Verbindung des rechten als des linken Auges. Letzterer Umstand enthält zweifelsohne den Beweis, dass das Thier an einem bestimmten Gesichtsfelddefect beider Augen leidet, der der verletzten Hemisphäre contralateral ist.

Eine genauere Untersuchung des Sehvermögens der Thiere lässt dadurch sich anstellen, dass man sie mit einem Stück Brot anlockt oder von verschiedenen Seiten drohende Geberden ausführt. In beiden Fällen ermöglicht die Reaction seitens des Thieres in ziemlich genauer Weise die Dimensionen des erhalten gebliebenen Abschnittes des Gesichtsfeldes zu bestimmen.

In dieser Weise konnte ich mich überzeugen, dass an den operirten Thieren thatsächlich halbseitige Blindheit beider Augen an der der verletzten Hemisphäre entgegengesetzten Seite besteht, oder mit anderen Worten — an den Thieren wird Functionsausfall der homonymen Hälften beider Netzhäute an der Seite der ausgeführten Durchschneidung bemerkt. Die Grenze, die den aufgetretenen Defect vom erhalten gebliebenen Abschnitt des Gesichtsfeldes trennt, bildet an jedem Auge eine in der Nähe des Fixationspunktes verlaufende verticale Linie. In Folge dessen erscheint der Gesichtsfelddefect am contralateralen Auge immer bedeutend grösser, als am gleichseitigen. An den Pupillen waren keine deutlichen Veränderungen wahrnehmbar.

Also waren die an den operirten Thieren beobachteten Erscheinungen vollkommen mit denjenigen identisch, welche an ihnen nach Durchschneidung des gleichseitigen Tractus opticus und nach einseitiger Verletzung eines äusseren Kniehöckers, Brach. anter. oder der Vierhügel sich einstellen. Hieraus entspringt die natürliche Schlussfolgerung, dass die Sehnervenfasern nach Erreichung der Vierhügel an einer Seite durch den hinteren Abschnitt der inneren Kapsel derselben Hemisphäre ohne nochmalige Kreuzung weiter ziehen.[1]

[1] Es ergiebt sich aus unseren Versuchen noch ein Umstand, der einige Aufmerksamkeit verdient. Wir haben gesehen, dass an den von uns operirten Thieren gar keine Störungen der allgemeinen Sensibilität wahrzunehmen waren; indessen wissen wir aus den Experimenten von Veyssière und Carville und Duret, dass Durchschneidung der Fasern des hinteren Abschnitts der inneren Kapsel unausbleiblich von fast vollständigem Verlust der Sensibilität an der contralateralen Körperhälfte begleitet wird. Diese Differenz der Versuchsergebnisse lässt sich, meiner Meinung nach, vollkommen durch den Unterschied in der Ausführung der

Doch fragt es sich, ob wir das Recht haben, auf Grund der oben beschriebenen Versuche allein zu behaupten, dass eine solche Kreuzung nicht irgendwo höher, z. B. im Inneren des Balkens stattfindet? Natürlich nicht. Zur Entscheidung dieser Frage müssen wir noch den Effect der Zerstörung des in der Rinde des Occipitallappens gelegenen Centrums selbst, wo die Sehnervenfasern ihr Ende finden, kennen lernen.

Leider sind die in dieser Hinsicht vorhandenen Untersuchungen nicht ganz unter einander übereinstimmend und verlangen dieselben noch weitere Bearbeitung. Wir beschränken uns hier nur auf die Anführung der hauptsächlichsten Ergebnisse dieser Untersuchungen.

Ferrier hatte anfänglich angenommen, dass Zerstörung des Gyrus angularis einer Hemisphäre am Affen stets vollkommene, obgleich zwar nicht unvergängliche Blindheit des contralateralen Auges zur Folge habe.[1] Später modificirte dieser Autor ein wenig seine Anschauungen in dieser Hinsicht und gelangte auf Grund neuer Versuche zu folgenden Schlüssen: „1. Der Occipitallappen kann ein- oder doppelseitig entfernt werden, ohne Sehstörung zu erzeugen, wenn die Gyri angulares unversehrt bleiben. 2. Nach vollständiger Zerstörung des Gyrus angularis an einer Seite tritt totale Erblindung des anderseitigen Auges ein. Die Blindheit dauert aber nur einige Stunden; ob später eine vollkommene Herstellung des Sehvermögens erfolgt, lässt sich nicht mit Bestimmtheit ermitteln. Totale Erblindung von dreitägiger Dauer tritt ein, wenn beide Gyri angulares gleichzeitig zerstört sind, darnach stellt sich das Sehvermögen wieder her, doch kann man noch nach einem Monat Sehschwäche nachweisen. 3. Abtragung des Gyrus angularis und Hinterhauptlappens einer Hemisphäre verursacht Sehstörung an beiden Augen, Hemiopie nach der der Läsion gegenüberliegenden Seite. Nach einer Woche bessert sich das Sehen und tritt allmählich vollständige Heilung ein. 4. Die einzige Läsion, welche vollständige und bleibende Erblindung zur Folge hat, war Zerstörung der Gyri angulares und Hinterhauptlappen beider Hemisphären.“[2]

Operation selbst erklären. Veyssière und Carville und Duret führten, wie aus der von ihnen gegebenen Beschreibung sich entnehmen lässt, die Durchschneidung der Fasern der inneren Kapsel ziemlich niedrig aus, zwischen Sehhügel und Linsenkern; während in meinen Versuchen die Durchschneidung in der Höhe der oberen Fläche der Sehhügel stattfand. In Berücksichtigung dieses Umstandes können wir annehmen, dass die sensiblen Fasern in ihrem Verlauf zur Hemisphärenoberfläche schon im oberen Abschnitte der inneren Kapsel ihre Richtung ändern. Dieser Schluss kann mit derjenigen Thatsache in Einklang gebracht werden, dass die Rindencentren für die verschiedenen Sensibilitätsarten nicht in den hinteren Abschnitten der Hemisphären, sondern mehr vorwärts, nämlich in der Nachbarschaft der motorischen Centren und in der unmittelbar über dem Sulcus Sylvii befindlichen Region gelegen sind. [Siehe meine Mittheilung: „Ueber die Localisation der Haut- (Tast- und Schmerz-) Empfindungen und des Muskelgefühls an der Oberfläche der Grosshirnhemisphären.“ Neurologisches Centralblatt. 1883. Nr. 18.]

[1] Ferrier, Die Functionen des Gehirns, übersetzt von Obersteiner. 1879.

[2] Centralblatt für Nervenheilkunde. 1880. Nr. 19. Es ist nicht schwer zu bemerken, dass die citirten Behauptungen des Autors einige Widersprüche enthalten. Es ist z. B. unbegreiflich, wie Zerstörung eines Gyrus angularis und Occipitallappens Hemiopie an beiden

Luciani und Tamburini beobachteten bei Zerstörung eines bedeutenden Theils der hinteren Region einer Hemisphäre an Hunden Amaurose des contralateralen und geringfügige Amblyopie des gleichseitigen Auges. Am Affen hat indessen nach Beobachtungen derselben Autoren einseitige Zerstörung des Sehcentrums bilaterale Hemiopie derjenigen Netzhauthälften zur Folge, welche der operirten Seite entsprechen, d. h. Defecte der contralateralen Gesichtsfeldhälften an beiden Augen. Bei bilateraler und umfassender Zerstörung beider Sehcentren an Hunden wird vollkommene Blindheit beider Augen beobachtet. Unvollständige bilaterale Zerstörung der Sehcentren am Affen ruft bilaterale Amblyopie hervor.[1]

Munk's Ansicht zufolge wird nach Zerstörung der hinteren Region einer Hemisphäre an Hunden sogen. psychische oder Seelenblindheit am contralateralen Auge beobachtet, wobei nur ein unbedeutender äusserer Abschnitt der Netzhaut noch die Fähigkeit bewahrt, äussere Eindrücke aufzunehmen; zugleich stellt sich am anderen (d. h. an dem entsprechenden Auge) ein Functionsausfall ein, der dieselben Dimensionen wie der äussere Netzhautabschnitt besitzt. Am Affen indessen bringt Zerstörung des Occipitallappens echte Hemiopie beider Augen mit Functionsausfall der entsprechenden Hälften beider Netzhäute hervor. Zerstörung beider Occipitallappen bewirkt an Hunden sowohl als an Affen vollständige Blindheit beider Augen.[2]

Aus vorstehender gedrängter Uebersicht geht hervor, dass gegenwärtig die meisten Physiologen geneigt sind, einen Einfluss jeder Hemisphäre auf das Sehvermögen beider Augen anzunehmen. Für Affen wenigstens kann diese Thatsache als sicher festgestellt gelten; hinsichtlich des Hundes jedoch lassen die zwischen den Autoren betreffs des Einflusses von Zerstörungen der hinteren Hemisphärenregion an diesen Thieren bestehenden Widersprüche noch zu keinem endgültigen Schluss über die uns beschäftigende Frage kommen.

Es ist hier nicht der Ort, in eine Erörterung über die Ursache erwähnter Widersprüche einzugehen. Das Bestehen derselben ist schon aus dem Umstande begreiflich, dass der Einfluss von Rindenzerstörungen auf die Functionen des Organismus ein Untersuchungsobject der neuesten Zeit bildet, und die in dieser Hinsicht vorhandenen Untersuchungen können ohne Zweifel noch nicht als abgeschlossen gelten.

In Berücksichtigung dieses Umstandes habe ich in der letzten Zeit selbst Versuche mit Zerstörung des Sehcentrums der Rinde an Hunden angestellt. Die Ergebnisse dieser Versuche werden von mir an anderer Stelle eingehend ver-

---

Augen hervorbringt, wenn Zerstörung eines Gyrus angularis allein vollständige, obgleich vorübergehende Erblindung des contralateralen Auges nach sich zieht; ferner — wie kann Zerstörung der Occipitallappen allein nicht von Sehstörungen begleitet werden, wenn Zerstörung beider Occipitallappen sammt den Gyri angulares vollkommene und langandauernde Erblindung beider Augen zur Folge hat?

[1] Luciani i Tamburini, Sui centri psico-sensori corticali. Rivista speriment. di freniatria. 1879. Medic. Centralbl. 1879. Nr. 38.

[2] Munk, Ueber die Functionen der Grosshirnrinde. Gesammelte Mittheilungen aus den Jahren 1877—1880. Berlin 1880.

öffentlicht werden; hier halte ich es nur für nöthig zu erwähnen, dass Abtragung der hinteren Region einer Grosshirnhemisphäre an Hunden in beträchtlichem Umfang in meinen Versuchen stets ebenso charakteristische Erscheinungen halbseitiger Blindheit an beiden Augen zur Folge hatte, wie Durchtrennung der Fasern des hinteren Abschnittes der inneren Kapsel, einseitige Verletzung der Vierhügel und Durchschneidung des Tractus optici an der nämlichen Seite. Dabei erweist aufmerksamere Untersuchung der Thiere gewöhnlich, dass der nach Zerstörung der Rinde im Gesichtsfelde jedes Auges entstehende Defect bei ihnen ungefähr dieselben Dimensionen hat, wie in allen Fällen der Durchtrennung der Sehnervenfasern hinter dem Chiasma.

Auf Grund dieser Daten können wir mit Bestimmtheit schliessen, dass an Hunden sowohl als an Affen jede Grosshirnhemisphäre Einfluss auf die Function der entsprechenden Seiten beider Netzhäute besitzt, dass folglich bei ihnen die Sehnervenfasern in ihrem ganzen Verlauf hinter dem Chiasma (also weder in den Vierhügeln, noch in den Hemisphären) keine neue Kreuzung erfahren.

Es ist hier von Interesse, einen Blick darauf zu werfen, inwieweit die Thatsachen aus der Pathologie des Menschen mit den oben angeführten Versuchen über Durchschneidung der Fasern der inneren Kapsel an Hunden in Einklang stehen.

Das ziemlich oft vorkommende Zusammenfallen halbseitiger Anästhesie des Körpers mit Hemianopsie bei Affection der inneren Kapsel beim Menschen hat schon seit lange die Aufmerksamkeit der Pathologen auf sich gelenkt. Schon Jackson machte im Jahre 1874 auf die Frequenz eines solchen Zusammenfallens aufmerksam.[1] Bei der Section solcher Fälle erwies es sich übrigens nicht selten, dass gleichzeitig mit Affection der Fasern der inneren Kapsel auch der hintere Sehhügelabschnitt mit den Kniehöckern vom pathologischen Prozess ergriffen war. Also konnte das Auftreten halbseitiger Blindheit in diesen Fällen leicht durch die Betheiligung dieser soeben genannten Gebilde an der Affection erklärt werden.

Indessen finden sich in der Literatur einige Fälle verzeichnet, die mit den Erscheinungen halbseitiger Blindheit verliefen, während die Section eine Affection der inneren Kapsel oder der aus derselben austretenden Sehfasern ohne Affection des Sehhügels und der Kniehöcker ergab. Hierher gehören die Fälle von Forster,[2] Hosch,[3] Jastrowitz[4] und einige andere.

Die Beobachtungen dieser Autoren bieten also vollkommene Uebereinstimmung mit den oben geschilderten experimentellen Untersuchungen.

Von anderer Seite ist es bekannt, dass Charcot und seine nächsten Anhänger in Fällen von Affection der inneren Kapsel halbseitige Lähmung der Sensibilität gleichzeitig mit Affection aller Sinnesorgane, also auch des Gesichts, an der entgegengesetzten Körperhälfte beobachteten. Die Sehstörung besteht in solchen Fällen nach Charcot nicht in Hemiopie, sondern in vollständiger Blindheit des

[1] Lancet. 1874. II. 1875. I.

[2] Gräfe-Sämisch. VII. S. 118.

[3] Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1878. S. 281.

[4] Arch. f. Augenheilk. 1877. S. 254.

contralateralen Auges. In Analogie mit diesen Beobachtungen stellt CHARCOT die Fälle hysterischer Hemianästhesie, welche gewöhnlich von einer eben solchen Affection der Sinnesorgane, speciell des Gesichts begleitet ist, indem er offenbar annimmt, dass diese Fälle durch functionelle Störung derselben Region des Nervensystems erklärt werden müssen, in welcher organische Affectionen in von Hemianästhesie und Lähmung der Sinnesorgane an einer Körperhälfte begleiteten Fällen gefunden werden.

In Berücksichtigung dieser Beobachtungen hat CHARCOT für das Bestehen vollkommener Kreuzung der Sehnervenfasern im Gehirn sich ausgesprochen, indem er die hypothetische Voraussetzung macht, dass das im Chiasma ungekreuzte Bündel des Tractus opticus in den Vierhügeln eine Kreuzung erfährt.[1]

Diese Schlüsse stehen jedoch in solchem Widerspruch mit den meisten anderen Fällen, in denen klassische Hemianopsie (wie bei Affectionen des Occipitallappens[2]) beobachtet wurde, dass einige der neueren Autoren, z. B. BELLUARD,[3] die Genauigkeit der Beobachtungen CHARCOT's und dessen Schüler in Verdacht ziehen, indem sie annehmen, dass den publicirten Fällen gekreuzter Amblyopie in der That Hemiopie zu Grunde lag. Der erwähnte Autor nahm dabei auf den Umstand Rücksicht, dass bei der Hemianopsie die Hauptaffection stets das contralaterale Auge betrifft, was seiner Meinung nach zur Verwechselung dieser Sehstörung mit gekreuzter Amblyopie Anlass geben konnte.

Wenn man jedoch berücksichtigt, wie charakteristisch die Erscheinungen halbseitiger Blindheit sind, so muss die Andeutung betreffs Ungenauigkeit der Beobachtung in den Fällen von Affection der inneren Kapsel, in denen gekreuzte Amblyopie notirt wurde, zum mindesten voreilig genannt werden. Es darf hierbei auch die unbestrittene Autorität CHARCOT's und seiner Schüler in der Untersuchung von Nervenkranken, welche zweifelsohne mit der Möglichkeit eines solchen Irrthums sehr schwer in Einklang zu bringen wäre, nicht ausser Acht gelassen werden.

Vor nicht sehr langer Zeit wurde, zum Zweck alle Fälle von Sehstörungen bei Hirnaffectionen in Uebereinstimmung unter einander zu bringen, in der Literatur unter anderem eine Vermuthung ausgesprochen, die die ursprüngliche Hypothese CHARCOT's über den Verlauf der Sehnervenfasern im Gehirn in der Hinsicht ergänzte, dass für das sogenannte äussere Tractusbündel, welches nach CHARCOT's Schema in den Vierhügeln sich kreuzt, in dessen weiterem Verlauf eine neue Kreuzung angenommen wurde.[4] In der letzten Zeit hat diese Ansicht auch Seitens GRASSET[5] Unterstützung gefunden.

[1] CHARCOT, Leçons sur les localis. dans les mal. du cerveau.

[2] S. besonders die Fälle von BAUMGARTEN (Med. Centralbl. 1878. Nr. 21), CURSCHMANN Centralbl. f. Augenheilk. 1879. S. 181), WERNICKE (Der aphasische Symptomencomplex. Breslau 1874), WESTPHAL (Charité-Annalen. Bd. VI u. VII), HAAB und HUGUENIN (Centralbl. f. Nervenheilkunde. Nr. 7. 1882), REICH (Medicinskoje Obosrenije. Russisch. Bd. XVII. S. 643) u. A.

[3] BELLUARD, De l'hémianopsie. Paris 1880.

[4] LANDOLT, De la valeur des certains symptomes oculaires dans la localisation des maladies cérébrales. Bulletin de la société de méd. prat. de Paris. NAGEL's Jahresb. 1876. S. 404.

[5] GRASSET, De l'amblyopie croisée et de l'hémianopsie dans les lésions cérébr. Nouveau chéma du trajet présumé des fibres optiques. Montpellier médical. 1883. Février.

Aus vorstehender Abhandlung ist es jedoch ersichtlich, dass eine solche Ansicht über den Verlauf der Sehnervenfasern im Gehirn mit den Ergebnissen experimenteller Untersuchungen in directem Widerspruch steht.

Mit Rücksicht hierauf sind wir eher geneigt anzunehmen, dass die bisher in der Literatur bekannten Fälle gekreuzter, von halbseitiger Sensibilitätslähmung begleiteter Amblyopie nicht in directer Abhängigkeit von einer functionellen oder organischen Störung derjenigen Sehfasern stehen, welche den hinteren Abschnitt der inneren Kapsel einnehmen. Unserer Meinung nach verlangen diese Fälle eine Erklärung, die von derjenigen ganz verschieden ist, zu welcher wir auf Grund obiger Betrachtungen bezüglich der bei Affectionen der inneren Kapsel auftretenden Hemianopsie berechtigt sind, da nur letztere das directe und unausbleibliche Resultat einer Unterbrechung der Sehnervenfasern in dieser Höhe bildet.

Ohne Zweifel jedoch sind die bis jetzt vorhandenen Beobachtungen noch nicht genügend, um mit Bestimmtheit zu sagen, in welcher Weise in einigen Fällen bei Affection der inneren Kapsel Amblyopie entsteht. Man kann nur hoffen, dass aufmerksame ophthalmoskopische Untersuchung und genaue Bestimmung der Grenzen des erhalten gebliebenen Gesichtsfeldabschnitts vermittelst eines Perimeters in solchen Fällen in der Zukunft von wirklichem Nutzen für die Entscheidung bezeichneter Frage sein kann.

St. Petersburg, im September 1883.

---

2. Ueber das Auftreten von Transfert-Erscheinungen während der Behandlung der partiellen Epilepsie.

(Nach einem am 16. Nov. in der medic. Section der vaterländ. Gesellschaft gehaltenen Vortrage.)

Von Prof. Dr. **L. Hirt**, Breslau.

So lange die Therapie der Epilepsie eines der dunkelsten und für den Arzt oft genug peinlichsten Capiteln der Neuropathologie ist, so lange darf es sicher als gerechtfertigt erscheinen, wenn man immer und immer wieder den Versuch macht, in der Frage, was gegen die Epilepsie therapeutisch geschehen könne, einen Schritt vorwärts zu kommen. Während eines längeren Aufenthaltes in Paris hatte ich einige Male Gelegenheit, Epileptiker zu sehen und zu untersuchen, die man nach dem Vorgange Brown-Séquard's theils am Nacken, theils an den Extremitäten mittelst des Paquelin'schen Thermocauters cauterisirt hatte, wonach angeblich längeres Sistiren der Anfälle eingetreten war. Nach meiner Rückkehr nach Deutschland nahm ich, von dem Wunsche geleitet, die Richtigkeit der Erfolge zu prüfen, wiederholt in derselben Weise die Cauterisationen vor, ohne in irgend einem Falle classischer Epilepsie, wo die Convulsionen sich auf beide Körperhälften erstreckten, einen Nutzen davon zu sehen; ein reiches poliklinisches Material gestattete zahlreiche Versuche, alle waren ganz oder fast ganz erfolglos. Da es sich immer nur um einen Hautreiz handelte und sich viele Patienten die points de feu nur sehr ungern appliciren liessen, so

subsituirte ich spanische Fliegenpflaster, welche ich im Nacken oder, falls der Patient an irgend einem Gliede eine ausgesprochene Aura spürte, ringförmig um das betreffende Glied applicirte und 12—24 Stunden liegen liess; auch so blieb der Erfolg negativ. Anders verhielt es sich dagegen in mehreren Fällen corticaler sogenannter Jackson'scher Epilepsie, wo sich die Convulsionen, theils ohne, theils von Bewusstseinsverlust begleitet, nur auf eine Körperhälfte erstreckten.

Der erste hierher gehörige Fall betraf einen 9jährigen Knaben, Karl H., den ich am 26. April 1883 zuerst sah; das Kind, aus einer durchaus gesunden Familie stammend, war gut genährt, ein kräftig aussehender Junge, litt seit einem Jahre an halbseitigen Convulsionen ohne Bewusstseinsverlust, welche täglich 30—40mal (von denen 8—10 auf die Nachtzeit kamen) auftraten; in der letzten Zeit hatte die Mutter Gedächtnissabnahme constatirt, sonst war von einem psychischen Defecte Nichts zu finden. Regelmässig 4—5 Minuten vor den Anfällen fühlte der Pat. ein lebhaftes Kitzeln im unteren Drittel des linken Oberarms, dem Biceps entsprechend, wodurch er zum Jucken gereizt und die Mutter von der nahenden Attacke in Kenntniss gesetzt wurde. Ich liess genau da, wo das Kitzeln gespürt wurde, ein ringförmiges, $^1/_2$ Zoll breites spanisches Fliegenpflaster legen, welches 24 Stunden liegen blieb, während deren das Kind 5 leichte Anfälle hatte. In den nächsten 3 Tagen wurde dieselbe Stelle mit Ung. Canth. täglich einmal eingerieben — seit der Zeit ist keine Aura und kein Anfall mehr aufgetreten; zum letzten Male sah ich den Knaben Mitte October, er erschien völlig gesund und besucht nunmehr die Schule.

Der zweite Fall bezog sich auf einen 27jährigen Kaufmann, A. S. aus Oppeln, der am 6. Mai 1883 in meine Behandlung kam; derselbe litt seit 13 Jahren an halbseitigen Convulsionen, deren Entstehung mit einem im 13. Jahre erlittenen Sturze in Verbindung gebracht wurde. Ihren Anfang nahmen sie jederzeit in der grossen Zehe des rechten Fusses, welche in zitternde Bewegung gerieth — von da aus verbreiten sie sich, von lebhaften Schmerzen begleitet, über Unter-, Oberschenkel und die obere Extremität; das Bewusstsein blieb immer erhalten, Zungenbiss und unwillkürliche Urinentleerung findet nicht statt. Es wurde um die grosse Zehe des rechten Fusses und um das rechte Fussgelenk eine ringförmige spanische Fliege gelegt, nach deren Application die sonst täglich einmal auftretenden Anfälle zunächst völlig sistirten; erst Anfang Juli fanden sich Recidive, wobei jedoch von dem Kranken als sehr auffällig berichtet wurde, dass die Anfälle nicht mehr die rechte, sondern jetzt die linke Seite beträfen. Bei seiner Anwesenheit am 6. Juli überzeugte ich mich von der Richtigkeit seiner Mittheilung, die Anfälle waren auf die andere Seite übergegangen. Applicirt wurden nun ringförmige spanische Fliegen um beide grosse Zehen und beide Fussgelenke gleichzeitig, worauf keine Anfälle mehr erschienen. Am 15. October, also nach reichlich 3 Monaten, sah ich den Pat. zum letzten Male, bis dahin war er völlig gesund geblieben, ohne, was ich als selbstverständlich voraussetze, seit dem 6. Mai irgend eine Arznei erhalten zu haben.

Ein dritter Fall, einen 56jährigen Schuster, O. E. in Breslau, betreffend, verlief im Allgemeinen genau so wie der zweite, auch hier blieben die halbseitigen Convulsionen weg, nachdem sie nach Anbringung des Hautreizes auf die andere Seite des Körpers übergesprungen waren, aber nach dem Cediren der Attacke fühlte sich der Patient monatelang so unwohl, abgeschlagen, zur Arbeit unfähig, dass er oft seine früheren Anfälle mit dem dazwischen liegenden relativen Wohlbefinden zurückwünschte.

In einem vierten Falle litt ein 19jähriges Mädchen, M. F. aus Lodz, aus völlig gesunder Familie seit 2 Jahren an Anfällen, die monatlich 1—2mal auftraten und dadurch eingeleitet wurden, dass der 4. und 5. Finger der linken Hand in Hyperextensionsstellung geriethen, während die 3 andern stark flectirt wurden; die nur die

linke Körperhälfte betreffenden Convulsionen waren von Zungenbiss, Bewusstlosigkeit und völliger Anästhesie begleitet. Dabei gab Pat. an, dass die linke Hand nach jedem Anfalle 1—2 Tage auffallend schwach bliebe. Nachdem das linke Handgelenk wie gewöhnlich mit einem ringförmigen Pflaster, das 24 Stunden liegen blieb, versehen worden war, blieben die Anfälle 8 Tage aus, dann erschienen sie auf der rechten Körperhälfte, und Pat. theilte in einem Briefe ausdrücklich mit, dass auch die Schwäche aus der linken Hand in die rechte übergegangen sei. Die Unbequemlichkeit, welche durch die spanische Fliege hervorgerufen worden war, veranlasste die Mutter, die Application einer zweiten nicht mehr zu gestatten; gegen die nunmehr rechtsseitigen Convulsionen wurde Bromkali, 4 Gramm pro die gegeben, wodurch eine wesentliche Besserung, welche man früher trotz grosser Bromkalidosen vergeblich erhofft hatte, erzielt wurde.

Einen fünften Fall endlich habe ich von einem 30jährigen, seit 16 Jahren an linksseitigen Convulsionen (ohne Bewusstseinsverlust) leidenden Mädchen, M. S. aus Breslau, zu berichten, bei dem nach Application der spanischen Fliege die Anfälle allerdings rechtsseitig auftraten, aber trotz einer zweiten Umpflasterung des anderen Handgelenks (die Aura entstand im kleinen Finger) nicht, wenigstens nicht unmittelbar cedirten; noch nach Wochen wurden, wenn auch selten, Attacken beobachtet — ob dieselben endlich ausblieben, weiss ich nicht zu berichten, da sich der Pat. nicht mehr vorgestellt hat.

Ueberblicken wir die 5 geschilderten Fälle, so kann es, vielleicht mit Ausnahme des ersten, der wegen der Häufigkeit der Anfälle für Hystero-Epilepsie imponiren könnte, wohl keinem Zweifel unterliegen, dass wir es mit Epilepsie und zwar mit der zuerst von Hughlings Jackson genauer beschriebenen, von Charcot und Pitres eingehend studirten Form, welche man als Rinden-, oder partielle Epilepsie bezeichnet, zu thun haben; diese Diagnose scheint uns, obgleich in keinem Falle vorübergehende Hemi- oder Monoplegien nachzuweisen gewesen waren, zweifellos. Allen gemeinsam ist das Beschränktbleiben der Convulsion auf eine Körperhälfte und das Auftreten einer Aura immer in demselben, bestimmten Gliede, wodurch der Anfall 1—4 Minuten vorher annoncirt wurde. Bei allen (mit Ausnahme des ersten) trat ferner die merkwürdige Erscheinung auf, dass die Convulsionen nach Anbringung eines mehrere Stunden währenden lokalen Hautreizes von der einen Körperhälfte auf die andere übersprangen, ein Phänomen, welches bekanntlich zuerst 1877 in der Salpétrière in Paris beobachtet und als „Transfert" bezeichnet wurde. Während es sich aber dort nur an hysterischen Weibern und zwar unter dem Einfluss von Magneten im Zeitraum von wenigen Augenblicken vollzog, wo z. B. eine Hemianästhesie, eine Contractur und dergl. von der einen nach der anderen Körperhälfte übertraten, waren es hier Epileptiker, z. Th. Männer, und zum Zustandekommen der Erscheinung waren Stunden, ja sogar Tage und Wochen erforderlich; trotzdem halten wir es lediglich für ein Analogon eben der bei Untersuchung und Begutachtung der von Burq gemachten metallo-therapeutischen Mittheilungen gemachten Beobachtung. So wenig wie Burq u. A. sind wir eine Erklärung davon zu geben im Stande; ob es sich um moleculare Veränderungen in den peripheren Nervenendigungen handelt, welche durch den Hautreiz bedingt worden wären, oder ob andere Factoren in Rechnung zu bringen sind, bleibe dahingestellt.

Nur zwei Gründe sind es, die uns zur Publication der obigen Fälle veranlasst

haben, einmal weil wir ausser bei Buzzard in seinen Vorlesungen über Nervenkrankheiten nirgends, weder in der deutschen, noch in der französischen Literatur etwas über den uns beschäftigenden Gegenstand gefunden haben, und zweitens, weil die Transferterscheinungen in der Mehrzahl der von uns beobachteten Fälle der Heilung oder wenigstens der monatelangen Cedirung der Anfälle vorausgingen. Wir sind daher zu der Ansicht gekommen, dass alle diejenigen Fälle von partieller Epilepsie, in denen unter den von uns mitgetheilten Verhältnissen Transferterscheinungen hervorzurufen sind, eine relativ günstige Prognose quoad valetudin. compl. gewähren; freilich müssen noch weitere Versuche angestellt werden. Ein augenblicklich in meiner Behandlung befindlicher Fall drängt zu der Untersuchung, welche Momente das Ausbleiben des Transfert veranlassen können; auch das kommt zweifellos, wenn auch wohl nur ausnahmsweise, vor. Festzuhalten bleibt unter allen Umständen, dass das von uns eingeschlagene therapeutische Verfahren nur dann indicirt ist, wenn ausnahmslos jedem Anfalle eine deutliche Aura vorangeht, die immer in demselben Körpergliede, als Zittern, oder Ameisenkriechen, Kitzeln und dergl., auftritt.

II. Referate.

Experimentelle Physiologie.

1) **Ein Fall willkürlicher Beschleunigung der Herzaction** von Prof. Tarchanoff. (Meshdunarodnaja Klinika. 1883. Nr. 9. Russisch.)

Ein junger Mann Namens S., an dem ausser einer erhöhten Reizbarkeit des Nervensystems nichts Abnormes zu bemerken war, wurde zufällig darauf aufmerksam, dass er die Fähigkeit besitze, die Frequenz seines Pulses willkürlich zu beschleunigen, indem er eine gewisse Willensanstrengung mache, analog denjenigen, die zur willkürlichen Contraction anderer Muskelgebiete erforderlich sind. Verf. constatirte vermittelst graphischer Untersuchung des Pulses, Blutdrucks, der Respiration und Herzthätigkeit, dass in der That die willkürliche Beschleunigung letzterer direct durch Willensimpulse zu Stande kam. Zugleich notirte er an demselben Subject die Fähigkeit, auch andere Muskelgebiete willkürlich und strict zu beherrschen, die gewöhnlich der willkürlichen Innervation fast gar nicht unterliegen, — wie die Ohrmusculatur, Platysma myoides, einzelne Muskelgruppen der Oberschenkel etc. Die willkürliche Pulsbeschleunigung betrug gewöhnlich 20—35 Schläge in der Minute. Kleine Dosen Arsenik erleichterten bezeichnete Action, Einathmung von Lustgas (NO_2) hemmte dieselbe vollständig. S. äusserte sich hinsichtlich letzteren Umstandes, dass er dabei ein Gefühl habe, als ob der Muskel, den er contrahiren wolle, gelähmt sei.

Das Studium der Pulscurven und allgemeine physiologische Betrachtungen veranlassen Verf. zu der Ansicht, dass es sich in beschriebenem Fall um abnorm erleichterte Leitung zwischen den corticalen Willenscentren und dem excitomotorischen Nervenapparat des Herzens handle. P. Rosenbach.

2) **Ueber das Verhalten der vasomotorischen Centren des Gehirns und Rückenmarks gegenüber elektrischer Reizung des Schädels, der Wirbelsäule und der Haut** von Feinberg. (Jeshenedjelnaja klinitscheskaja Gazeta. 1883. Nr. 24—27. Russisch.)

Beobachtung der Temperaturschwankungen (vermittelst sensibler unter die Haut der Pfoten applicirter Thermometer) an Hunden und Kaninchen bei den in der Ueberschrift benannten Bedingungen ergab folgende Resultate:

Nach 15—20minutenlanger Galvanisation an einer Schädelseite sank die periphere Temperatur an den contralateralen Pfoten um 1—2,2° C., während an den gleichseitigen die Thermometer nur sehr geringe Schwankungen aufwiesen; hieraus schliesst Verf., dass Galvanisation an einer Schädelhälfte Erregung der vasomotorischen Rindencentren der entsprechenden Hemisphäre hervorbringt. — Galvanisation des Rückenmarks (stabile Application der Elektroden an Nacken- und Kreuzgegend, absteigende und aufsteigende Ströme) hatte Erniedrigung der peripheren Temperatur an den Pfoten beiderseits um 2,3° C. zur Folge; wenn die Elektroden an Lenden- und Kreuzgegend applicirt wurden, sank die Temperatur an den Hinterpfoten bedeutender, als an den vorderen; diese Ergebnisse lassen F. Erregung der in der grauen Rückenmarkssubstanz enthaltenen vasomotorischen Centren, vorzüglich in der intrapolaren Strecke durch Galvanisation an der Wirbelsäule annehmen.

Nach 4—5minutenlanger Faradisation der Haut einer Extremität (nach Entfernung der Haare) sank die Temperatur in beiden äusseren Gehörgängen um 0,6 bis 2° C.; zugleich ergab dabei Beobachtung der entblössten Hirnoberfläche am Kaninchen vermittelst einer Loupe deutliche Verengerung der Hirngefässe mit nachfolgender Hyperämie.

Im Anschluss an diese experimentellen Ergebnisse folgen einige allgemeine Betrachtungen über vasomotorische Effecte der Galvanisation bei Kranken.

P. Rosenbach.

Pathologische Anatomie.

3) Ein Fall von Entwickelungshemmung in der motorischen Sphäre des Grosshirns von J. Jensen. (Arch. f. Psych. XIV. S. 752.)

35jährige Idiotin, geht erst zu 6 Jahren, seit der Pubertät epileptisch, vor den Anfällen aufgeregt, meist rein, dressurfähig, unbeholfene kindliche Sprache; gelegentlich einer kleinen Operation zeigt sich Fehlen jeder Schmerzäusserung. Section: Längs der Mittellinie des Schädeldaches Knochenneubildung, in der kleinen Fontanelle Schaltknochen, links frisches subarachnoidales Extravasat. Hirngewicht (mit Häuten) 989, links 405, rechts 412, Cerebellum 118, die weichen Häute 10 Gramm. Hydrocephalus int. Auffallende Windungsarmuth, besonders an dem Stirnlappen, die statt der Furchen nur seichte Eindrücke zeigen; der vordere Ast der Fossa Sylvii fehlt beiderseits, die S. central. nur angedeutet, ebenso die erste Schläfenfurche, Prae- und Postcentralfurchen fehlen; die tiefsten Furchen sind die Sylvi'schen, doch entsprechen auch sie nicht der Norm; es fehlt dagegen die vordere und obere Grenzfurche der Insel. Bei Flächenausmessung zeigt sich, dass die Stirnlappen um $5^1/_2$ %, die Scheitellappen um $4^1/_2$ % gegen die Norm zurückbleiben; die gesammte Grosshirnoberfläche ist gegen die Norm um $7^1/_2$ % zurück, die Länge der Gesammtfurchen um 45 %; genaue Bestimmungen bezüglich der Rindendicke liessen sich nicht vornehmen, doch schien sie etwas breiter als in der Norm; beiläufige Bestimmungen des Rindenantheils lassen denselben beträchtlich reducirt erscheinen; doch sprechen sowohl Gehirn- als Schädelbefund gegen die etwa zu machende Annahme, dass es sich hier um ein mikrocephales Gehirn handelt.

Die Epilepsie deutet J. als allgemeine Irritabilität und Reflexerregbarkeit in Folge Insufficienz und Energielosigkeit der Hemmungscentren der Grosshirnrinde; zur Deutung des Intelligenzdefectes werden die durch Rindenausspülung verblödeten Hunde herangezogen.

Mehrere Tabellen geben die ausführlichen Messungsresultate an Schädel und Hirn des Falles wieder; ebenso ist die Grosshirnoberfläche in mehreren Zeichnungen dargestellt.

A. Pick.

---

4) Des altérations des nerfs cutanés chez les ataxiques par Déjerine. (Archives de phys. normale et pathologique. 1883. No. 5. p. 72.)

D. theilt ausführlicher zwei Beobachtungen mit, auf welche schon in seiner früheren Publication über den Gegenstand (Sitzungen der Societé de biologie vom 18. Febr. u. 18. März 1882. Cf. d. Centralbl. 1882. p. 160 u. 191) Bezug genommen war. Es handelt sich um 2 an Ataxie locomotrice leidende Frauen, bei denen die Autopsie Veränderungen an den Hautnerven, von rein peripherischem Ursprunge, nachwies; und zwar, wie schon Pierret (1880) gezeigt hatte, in Form einer — nach P. mit der Neuritis optica vollkommen in Parallele zu stellenden Entzündung (Neuritis) derjenigen Endausbreitungen, welche sich zu den von lancinirenden Schmerzen, Anästhesie, Hyperästhesie und pemphigoider Eruption eingenommenen Hautabschnitten begeben.

In beiden Fällen, die klinisch sehr ausgesprochene Sensibilitätsstörungen darboten, zeigten Rückenmark und hintere Wurzeln erheblich verschiedene Veränderungen nach Intensität und Ausbreitung. Im ersten Fall die Burdach'schen und Goll'schen Stränge in ihrer ganzen Länge in ein dichtes fibröses Gewebe, mit verdickten Gefässen, umgewandelt, in dem kaum hier und da noch einige Nervenröhren aufzufinden waren. Im zweiten Fall war dagegen die Krankheit erst im Beginn ihrer Entwickelung, die Ausbreitung viel geringer, die Zahl der noch intacten Nervenröhren eine sehr grosse. Dem entsprechend auch die Betheiligung der hinteren Wurzeln. Hinterhörner und Clarke'sche Säulen in beiden Fällen normal.

D. meint daher, dass dieser Befund ungenügend sei, um die in beiden Fällen fast gleich schweren Sensibilitätsstörungen zu erklären, und dass man für diesen Zweck auf die in den peripherischen Nerven vorgefundenen Veränderungen recurriren müsse. Der rein periphere Ursprung dieser Veränderungen wird dadurch bewiesen, dass die Spinalganglien und die aus ihnen hervorgehenden Wurzeln der gemischten Spinalnerven vollständig intact sind; ebenso auch der gemischte Nervenstamm selbst; die entzündliche Veränderung beginnt erst in den feineren Verzweigungen (reichte aber in Beobachtung 2 bis in 2—3 mm dicke Zweige, z. B. des Saphenus int., hinanf). Die Hautnervenendigungen untersuchte D. nicht, nimmt aber mit Langerhans an, dass dieselben gesund seien; den Pierret'schen Vergleich mit der Neuritis optica der Atactischen weist er zurück, weil letztere — nach Poncet — auf centralen, die Neuritis der Hautnerven dagegen auf rein peripherischen Ursachen beruhe.

A. Eulenburg.

Pathologie des Nervensystems.

5) Note sur un cas d'aphasie avec intégrité de la troisième circonvolution frontale gauche et lésion des faisceaux blancs sous-jacents par Raymond et Artaud, Paris. (Gaz. méd. de Paris. 1883. No. 47.)

Nachdem die Verff. 22 ähnliche Fälle, bei denen nicht die Broca'sche Windung, sondern die von derselben ausgehenden Leitungsfasern (Fasc. pediculo-front. inf. nach Pitres) zerstört waren, zusammengestellt, theilen sie folgenden neuen Fall mit.

Henriette L., 47 Jahre alt, hatte im Mai 1882 einen apoplectischen Anfall mit rechtsseitigen Krämpfen, wonach sich rechtsseitige Hemiplegie mit Contracturen entwickelte; dabei Aphasie, nur „Ja" und „Nein" möglich; erschwerte Beweglichkeit der Zunge und Schlingbeschwerden. — Zunehmende geistige Schwäche. — Am 22. Juli 1883 neuer Anfall mit Krämpfen im linken Arm und Bein und der linken Gesichtshälfte, Abweichung der Augen und des Kopfes nach rechts. — Am 23. Juli ist die Kranke vollständig wortlos, kann auch die Zunge nicht herausstrecken; linke Pupille weiter; Kopf deviirt nach rechts, Augen normal beweglich. Der rechte Vorderarm in leichter Beugecontractur, Hand gestreckt, zweite und dritte Phalangen der Finger flectirt. Sensibilität herabgesetzt, die ganze Extremität abgemagert.

Das rechte Bein in Extensionscontractur, Sensibilität herabgesetzt, Musculatur atrophisch. Kniephänomen verstärkt, Fussclonus. Links Hemiplegie mit linksseitiger Gesichtslähmung, leichte Contractur des Beines. Reflexzuckungen von der Haut des Schenkels und der Fusssohle aus. — Allgemeine Herabsetzung der Sensibilität.

Am 25. Juli war die linksseitige Hemiplegie fast vollständig verschwunden. — Am 26. Coma, in der Nacht Tod.

Autopsie: Gehirnarterien atheromatös. — Rechts die Pia adhärent am Fusse der Centralwindungen, wo sich ein etwa 50-Pfennig-Stück grosser meningealer Bluterguss findet. — In Linsenkern, Vormauer und äusserer Kapsel ein alter Erweichungsherd von 3 cm Höhe und 2 cm Breite. — Innere Kapsel unverletzt.

Links ein alter Erweichungsherd im Lob. parietalis sup. — Die Broca'sche Windung intact. — Ein grosser Erweichungsherd im Linsenkern und in der inneren Kapsel, der nach Aussen und Oben bis in den Fuss der beiden Centralwindungen und der unteren Stirnwindung reicht.

An der vorderen Brückenfläche, etwa 1 cm von ihrem unteren Rande, ein etwa erbsengrosser hämorrhagischer Herd, der die vordere Hälfte der rechten Pyramide einnahm.

Linke Hälfte der Med. oblongata atrophirt; Degeneration des Pyramidenstranges und des Türck'schen Bündels.

Die Verff. heben die Coincidenz der Aphasie und Glossoplegie besonders hervor.

Hadlich.

---

6) **Étude anatomique et clinique sur la paralysie labio-glosso-laryngée** par Déjerine. (Archives de physiologie norm. et path. 1883. No. 6. p. 180.)

D. giebt die Beschreibungen und Sectionsbefunde (genaue Untersuchung des Rückenmarks und der Med. obl.) zweier Fälle von typischer (Duchenne'scher) Glossopharyngolabialparalyse, die auf der Abtheilung von Vulpian in der Charité beobachtet wurden.

Der Standpunkt, welchen D. auf Grund dieser Untersuchungsbefunde einnimmt, ist folgender: Die paralytischen Symptome, welche die hervorragenden Züge des typischen Krankheitsbildes constituiren, können nur durch die Erkrankung der Pyramidenbahnen erklärt werden — und nur diese anatomische Erkrankungsform (Seitenstrangsklerose) entspricht der Bezeichnung „Glossopharyngolabialparalyse"; wogegen die in Gesichts- und Zungenmuskeln öfters beobachteten Störungen bei progressiver Muskelatrophie nichts mit jener Krankheit zu thun haben. Die Glossopharyngolabialparalyse, Typus Duchenne, kann in 2 Formen, als secundäre oder primäre Erkrankung, vorkommen. Die secundäre Form ist nichts weiter als eine Etappe der amyotrophischen Lateralsklerose. Die primäre (ächte Glossopharyngolabialparalyse, Duchenne-Vulpian) hat zum anatomischen Substrat eine „bulbomedulläre amyotrophische Sklerose der Pyramiden mit absteigendem Verlaufe".

Die Befunde in den beiden Krankheitsfällen ergaben a) an den Muskeln theils einfache Atrophie, theils letztere mit fein granulös-fettigem Zerfall und Sklerose-Adipose (bes. ausgesprochen an der Zunge, wo auch fast völliger Schwund der Papillen in beiden Fällen); b) im Nervensystem die gewöhnlichen Veränderungen in den Nervenkernen des verlängerten Marks in Form von Pigmentatrophie (bes. Hypoglossus-, oberer und unterer Facialiskern, sowie auch der angeblich sensitive subependymäre oder pneumospinale Deiters'sche Kern, — während der weiter nach vorn gelegene angeblich motorische, sog. accessorische Hypoglossuskern intact war); analoge Veränderungen an den motorischen Zellen der Vorderhörner liessen sich mit abnehmender Intensität bis ins Lumbalmark abwärts verfolgen. Ausserdem Sklerose der Pyramidenbahnen (Vorder- und Seitenstrangbahnen), sowie auch der vorderen Wurzelzone im

Cervicaltheil; während sich im Dorsaltheil die Sklerose auf die hintere Partie der Seitenstränge beschränkte und den Lumbaltheil fast gänzlich verschonte.

A. Eulenburg.

---

7) Neurite traumatique de plexus brachial droit. — Atrophie musculaire du membre blessé. — Troubles trophiques (éruption vésiculeuse) de la main droite; lésion trophique symétrique du côté sain (main gauche) par le Dr. Pozzi, Paris. (Gaz. méd. de Paris. 1883. No. 41.)

Ein 50jähriger Mann fiel auf den rechten Ellbogen und zog sich dabei neben der directen Quetschung des N. ulnaris eine Luxatio humeri subcondyloidea zu, durch welche der Plex. brachialis sehr heftig, wenn auch nur bis zu der nach ganz kurzer Zeit (Minuten) bewirkten Reposition. comprimirt wurde. Keine Anästhesie, aber sehr starke lancinirende Schmerzen in Vorderarm und Hand, und ausserdem intensives Brennen in der Haut der Hand. Erst nach 2—3 Wochen Nachlass der Schmerzen.

In den ersten Tagen vollständige Lähmung des ganzen Arms, später nur noch des Vorderarms und der Hand, und zwar so, dass Pro- und Supination sowie Flexion, und Extension der Hand fast ganz, die Bewegungen der Finger vollständig unmöglich waren. — Die Rotation, Ab- und Adduction des Humerus ist erheblich, die Erhebung des Arms ein wenig geschwächt.

Bei der 4 Wochen nach der Verletzung vorgenommenen faradischen Untersuchung fand Verf.

1. an den Muskeln der Hand die elektrische Sensibilität und Contractilität völlig erloschen;

2. an allen Muskeln des Vorderarms, an der vorderen Partie des M. deltoideus, supra- und infraspinatus, pectoralis maj. und min. und latissim. dorsi eine starke Herabsetzung;

3. an der hinteren Partie des M. deltoideus, an M. rhomboideus eine geringe Schwächung der elektr. Contractilität, die Sensibilität erhalten.

Entsprechend den Graden der Lähmung war Atrophie der Muskeln eingetreten, sowie ein atrophischer Zustand der Haut und der Fingernägel.

Ein Vergleich der Temperatur beider oberen Extremitäten ergab für Hand und Vorderarm der gelähmten Seite ein Mehr von 0,1—0,4—1,0 ° (entgegen Weir Mitchell's Angaben).

Ausserdem aber fand sich an der gelähmten Hand, am meisten an der Innenfläche, ein desquamirender vesiculöser Hautausschlag, und ein gleicher, genau symmetrischer, auf der gesunden (linken) Hand.

Verf. citirt zwei analoge Beispiele, von Weir Mitchell (1874) und von Annandale (1866) beobachtet. Im letzteren Falle handelt es sich um eine Fingernarbe, von welcher ein Hautausschlag der Hand ausging, der sich ganz symmetrisch auch auf der anderen Hand entwickelte; an dieser blieb er bestehen, ging sogar weiter, während er auf der primären Seite nach Amputation des Fingers sich verlor.

Verf. ist der Ansicht, dass man „einen gewissen Grad von Congestion oder Entzündung" in den Kernen des betreffenden Rückenmark-Segmentes annehmen müsse, obwohl er sich selbst das Bedenken entgegenhält, dass die Störungen auf der gesunden Se.te lediglich trophische sind, ohne Spur von Lähmung oder Anästhesie.

Hadlich.

---

8) Ein Fall von multipler Neuritis von Dr. F. C. Müller, Strassburg i. E. (Arch. f. Psych. 1883. Bd. XIV. H. 3.)

Eine 60jährige Frau, Potatrix, erkrankte 4 Monate vor der Aufnahme an einem subacuten Gelenkrheumatismus, in dessen Verlauf Zeichen psychischer Störung und

schliesslich ein Zustand agitirter Melancholie und völliger Verwirrtheit eintraten. Bei der Aufnahme constatirt man ausser den psychischen Störungen und lebhaften Gliederschmerzen eine ausgebreitete Lähmung resp. paretische Schwäche zahlreicher Muskeln mit allgemeiner Schlaffheit und Abmagerung der Körpermusculatur. An den Gelenken nichts mehr von Schwellung oder Crepitation. Die Lähmung war nahezu vollständig in den Streckern der Hand, den Streckern und Beugern der Finger, Beugung, Streckung im Ellbogengelenk und die Bewegungen im Schultergelenk noch in ziemlichem Grade erhalten. Bewegungen im Knie sehr beschränkt, Füsse völlig gelähmt. Sämmtliche überhaupt mögliche Bewegungen ungemein kraftlos und unsicher, doch ohne Tremor.

Gröbere Veränderungen der Sensibilität scheinen zu fehlen.

Die elektrische Untersuchung lässt in den meist gelähmten Muskeln ausgesprochene Entartungsreaction constatiren. — Plötzlicher Tod ohne asphyctische Erscheinungen.

Bei der Section fanden sich tuberculöse Veränderungen in den Lungen, auf den Pleuren, einige tuberculöse Ulcerationen im Darm.

Die mikroskopische Untersuchung der atrophischen Muskeln zeigte in einem Theile der Fasern atrophische Degeneration, in anderen glasige Quellung; keine Wucherung der Muskelkerne und des Perimysium. Die intermusculären Nervenäste enthalten fast nur körnig-fettig zerfallene oder vollkommen atrophische Fasern. Entzündliche Erscheinungen an den Gefässen und im interstitiellen Gewebe der Nerven fehlten durchaus. In den grösseren Nervenstämmen nimmt die Degeneration deutlich ab, dieselben sind mehr als gewöhnlich mit Fett durchwachsen. Wie weit der Prozess der Degeneration centralwärts hinauf reicht, wurde nicht festgestellt, nur am N. medianus zeigten sich in der Achselhöhle noch deutliche Veränderungen.

Die vorderen und hinteren Wurzeln des Rückenmarks ohne Veränderung des Rückenmarks selbst und die Med. oblongata normal, speciell keine Verringerung und Alteration an Vorderhornganglienzellen.

In der Epikrise macht Verf. zunächst auf den Zusammenhang der Polyneuritis mit dem Gelenkrheumatismus aufmerksam, in dessen Verlauf dieselbe sich entwickelt hatte. Sodann auf die Complication mit Tuberculose, die auch in anderen Fällen von Polyneuritis beobachtet ist. Die complicirende Geistesstörung, die freilich ihre Erklärung in dem hohen Alter der Kranken, dem Alcoholmissbrauch und dem vorangegangenen Gelenkrheumatismus haben konnte, ist in ihrer Combination mit multipler Neuritis ebenfalls nicht ohne Analogien in der Casuistik.

Bemerkenswerth erscheint Verf. die Thatsache, dass in solchen Fällen gleichzeitig Gehirn und periphere Nerven in grosser Ausdehnung ergriffen sind bei intactem Rückenmark. Eisenlohr.

---

9) Recherches sur la courbe de la secousse musculaire dans différentes maladies du système neuro-musculaire par M. Mendelssohn. (Aus der Sitzung der Pariser Akad. der Wissensch. v. 9. Juli u. 6. August 1883.)

Bei cerebraler Hemiplegie, aber erst wenn Contracturen und danach Atrophien sich einstellen, wird die Kurve der Muskelzuckung höher, steigt steiler an, fällt anfangs auch sehr steil ab, um aber sodann langsamer und allmählicher als sonst zur Abscisse zurückzukehren: ganz ähnlich, wie bei den veratrinisirten Muskeln.

Je mehr die Atrophie zunimmt, um so länger wird einerseits die Latenzperiode und die Dauer der Kurve, indem sowohl An- wie Absteigen sich sehr verlangsamt, während andererseits die Höhe der Kurve immer geringer wird.

Aehnliche Form der Kurven findet man bei der amyotrophischen Lateralsklerose, bei der spastischen Spinalparalyse u. a.

Bei der Pseudo-Hypertrophie der Muskeln folgt auf ein kurzes Ansteigen ein

äusserst verlangsamtes Absteigen der Kurve. Bei Tabes, wenn die Lähmungen eintreten, wie oben bei Atrophie angegeben. Bei Chorea eine kurze Kurve, bei Paralysis agitans dagegen, wenigstens in ihren Endstadien, eine lange, verlangsamte Kurve.
Hadlich.

10) **Ueber Krämpfe der Respirationsmuskeln.** Aus der medicinischen Klinik in Giessen. Von Franz Riegel. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. VI. S. 550.)

Bei einem 14jährigen, etwas schwächlichen Knaben stellten sich 14 Tage nach einem Fall in's Wasser zur Winterszeit eigenthümliche respiratorische Krämpfe ein. Dieselben bestanden in sehr häufig sich wiederholenden kurzen, krampfhaften, lauten Exspirationen, welche zwischen den übrigen normalen Athemzügen eingeschaltet waren. Von Zeit zu Zeit erfolgten auch einige tiefe In- und Exspirationen, an welche sich noch einige kurze Exspirationsstösse anschlossen. Bei jeder dieser krampfhaften Exspirationen sah man das Epigastrium stark eingezogen werden und die Bauchmuskeln sich heftig contrahiren. Zur besseren Veranschaulichung dieser Verhältnisse dienen einige beigegebene Athmungskurven. Dieselben zeigen, dass es sich um reine Exspirationskrämpfe handelte, welche theils spontan ohne vorangegangene Inspiration auftraten, theils sich unmittelbar an eine normale Exspiration anschlossen. Psychische Erregungen, Schreck und dergl. steigerten die Intensität der Anfälle.

Nachdem diese Erscheinungen über 1 Jahr lang gedauert hatten, wurde Pat. in die Klinik aufgenommen. Hier gelang es in kürzester Zeit durch methodische Athemübungen und eine geeignete psychische Behandlung, sowie durch einmalige Anwendung des faradischen Stroms Heilung zu erzielen. Die Diagnose einer „hysterischen" Affection kann daher keinem Zweifel unterliegen. Strümpell.

Psychiatrie.

11) **Insanity from quinine** by Jos. G. Kiernan. (The Alienist and Neurologist. 1883. IV. p. 608.)

Verf. reproducirt zunächst 2 Fälle von wochenlang dauernder Melancholie resp. Stupor, die er mehrmals bei jedem der beiden übrigens schwer belasteten Individuen nach kürzerem oder längerem Gebrauch von Chinin beobachtet und schon 1881 im „Journal of nervous and mental disease" veröffentlicht hat. Der neue Fall, den er jetzt mittheilt, betrifft einen 38jährigen psychopathischen und von je gegen Alcohol ausserordentlich irresistenten Mann, der nach einer Malariainfection 1 Scrupel (= 1,2 Gramm) Chinin nahm und schon 1 Stunde später in heftige Tobsucht verfiel. Dieser durch besondere Zerstörungssucht ausgezeichnete Anfall schwand nach etwa 2 Stunden, vielleicht in Folge subcutaner Injection von Coniin, doch stellte er sich mit derselben Heftigkeit von neuem ein, als später noch einmal Cinin verordnet worden war.

Zum Schluss weist Verf. mit Recht auf die medicoforense Bedeutung hin, die derartige Fälle unter Umständen haben können. Sommer.

12) **La paranoia e le sue forme,** dei dott. Giuseppe e Silvio Tonnini. (Arch. ital. per le malatie nervose. 1883. XX. p. 409.)

Eine sehr lesenswerthe Darstellung der zur Zeit vorherrschenden Ansichten über das Wesen und die Entstehung der sog. Verrücktheit mit besonderer Berücksichtigung der deutschen Literatur. Ein ausführliches Referat über die eigenen Anschauungen der Verff. kann indess erst gegeben werden, wenn die Arbeit vollständig veröffentlicht sein wird; hoffentlich wird dies schon in den nächsten Heften des betreffenden Archivs geschehen. Sommer.

Therapie.

13) A case of severe cerebral concussion in which the bromide of potassium in large doses averted death by John M'Donald. (Glasgow med. Journal. 1883. XX. 6. p. 431.)

20jähriger Schäfer; fiel beim Herabsteigen von einer der höchsten Spitzen des Colin Hills vornüber gegen eine Felskante und klemmte sich den Kopf zwischen zwei Steinen. Starke Nasenblutung. Erst nach einigen Stunden kam Hülfe und gelang es mit Schwierigkeit den Verletzten in der Nähe bergabwärts und unter sicheres Obdach zu schaffen. Bei der Ankunft daselbst war Pat. bewusstlos; Puls 58, voll und regelmässig; Haut etwas kalt, Athmung ruhig, beide Pupillen etwas dilatirt. Nur geringfügige Excoriationen an den Gliedern und hinter dem linken Ohre. Unter Anwendung von Stimulantien etc. allmähliche Besserung. Am vierten Tage aber traten eigenthümliche Krampfanfälle ein, die sich alle 12 Minuten wiederholten; dieselben begannen mit Zucken unter dem linken Auge und verbreiteten sich allmählich über Gesicht, Hals, Brust, Rumpf und untere Gliedmaassen; gegen Ende jedes Anfalls heftiges Aufschlagen auf das Bett, Cyanose, Dyspnoë (Krampf der Respirationsmuskeln). Der Versuch, eine dargereichte Bromkaliumflüssigkeit zu schlucken, rief einen neuen Anfall hervor. Die Anfälle folgten immer häufiger, zuletzt alle $1^1/_2$ Minuten auf einander und setzten das Leben des Pat. in augenscheinliche Gefahr. D. löste nun ca. 6 Gramm Bromkalium in einem Esslöffel lauwarmen Wassers und injicirte diese Flüssigkeit in das Rectum. Während der Injection noch ein Anfall, aber dann rapides Seltener- und Schwächerwerden der Anfälle und gänzliches Ausbleiben derselben. Innerer Fortgebrauch von Bromkalium ($2^1/_2$ Gramm 3mal täglich, später ca. 2 Gramm per dosi) noch 3 Wochen hindurch; während der ersten 14 Tage erschien, wenn die Medication ausgesetzt wurde, das Muskelzucken jedesmal wieder, dann blieb auch dies aus. Gegen Ende der 4. Woche konnte Pat. seine Umgebung erkennen und Fragen beantworten. Allmählich volle Genesung, nur das Gesicht behielt einen etwas schmerzhaft verzogenen Ausdruck. A. Eulenburg.

---

14) La guérison du tremblement par l'emploi de la vératrine par M. Féris, de Brest. (Prog. méd. 1883. No. 28.)

In der Société de biologie theilte F. seine Beobachtungen über die Wirkung des Veratrin gegen Tremor mit: Er sah beim Alcoholismus, bei verschiedenen nervösen Affectionen und bei febrilen Zuständen das Zittern schon nach geringen Veratrindosen verschwinden. — Die Wirkung des Mittels soll schon nach den ersten Dosen eintreten und, wenn das Medicament eine Zeit lang fortgebraucht wird, auch nach dem Aussetzen desselben noch monatelang anhalten. Féris verordnet 0,002 pro die in vier Pillen. — Wenn der Erfolg ein dauernder sein soll, muss die Behandlung mindestens 10 Tage fortgeführt werden. Laquer.

---

15) Gegen Morphiomanie von Jackson. (Progrès méd. 1883. 1. Dec.)

Gegen Morphiomanie empfiehlt J. allmähliche Entziehung des Morphium, indem man die Dosis zuerst auf 2 Drittel der gewohnten herabsetzt. War die genommene Dosis 0,60 pro die, so verschreibt man:

Morph. sulf. 2,8, Extr. Belladonn. 0,5, Chinin. sulf. 1,75, Capsic. 0,15; M. f. pil. Nr. 42. Täglich 3 Pillen. Bei jeder Reiterirung (nach 14 Tagen) wird die Dosis des Morphium verringert, bis es schliesslich ganz weg bleibt.

Dabei kräftige Diät, 1—2 Glas Bier täglich, auch Anwendung des faradischen Stroms. M.

Forensische Psychiatrie.

16) **Examen de l'état mental de Delmet Gédéon, incendiaire** par Motet. (L'Encéphale. 1883. No. 4. p. 474.)

Ein erblich belasteter, geistig sehr geschwächter Epileptiker, welcher, unter der Einwirkung des Alcohol, meist Sonntags, viele Brandstiftungen verübte. — Die Frage: Wohin auf die Dauer mit ihm? giebt auch hier zu Verlegenheiten Anlass.

Siemens.

---

17) **Vertiges épileptiques. Assassinat. Acquittement.** Par Legrand du Saulle. (Archives de Neurol. 1883. No. 17. p. 161.)

Vom 15. Jahre an Schwindelanfälle, im 17. Jahre eine Kopfverletzung. 3 Jahre danach öfters Kopfschmerzen und verschiedene Zuckungen, Schwarzwerden vor den Augen; in diesen Anfällen marschirte er ohne Bewusstsein fort. Später traten auch Hallucinationen und Angstanfälle auf, Vergiftungs- und andere Verfolgungsiden. In einem solchen Zustande ermordet er den Bräutigam seiner Schwester. Partielle Amnesie. Der eine Gutachter hielt ihn für zurechnungsunfähig, der andere für einen Alcoholiker. L. erklärt ihn für einen „épileptique vertigineux". Derselbe wurde freigesprochen.

Siemens.

Anstaltswesen.

18) **Bericht über die Verwaltung der vereinigten Bezirks-Irren-Anstalten Stephansfeld-Hördt vom 1. April 1882 bis 31. März 1883,** erstattet von dem Director Dr. Stark.

Verwaltungsjahr 1881/82 schloss mit 1075 Kranken (510 M., 565 Fr.)
Neu aufgenommen 239 „ (140 M., 99 Fr.)
(19 Kranke weniger als im vorhergehenden Jahre).
Entlassen . . . 242 Kranke (120 M., 122 Fr.)
Bestand $^1/_4$ 1883: 1072 „ (530 M., 542 Fr.)
Genesen entlassen 43 „ (20 M., 23 Fr.) = 18 % der Aufnahmen; von denen 26 % zur Melancholie, 48 % zur Tobsucht, 16 % zur primären Paranoia gehören.

Todesfälle 83 (42 M., 41 Fr.) d. h. 6,3 % der Verpflegten; Paralytiker waren unter diesen 25.

Von Interesse ist der berichtete Fall eines Kranken, der sich mittelst eines Nagels absichtlich den Testikel verletzt und an Trismus starb, obwohl der Testikel bei den ersten Zeichen des Trismus exstirpirt wurde. — Ein anderer Kranker hatte ein 20 cm langes Drahtstück unabsichtlich verschluckt; dasselbe wurde 5 Monat später aus einem Abscess über dem rechten Darmbeinkamm hervorgezogen. Es waren keinerlei unangenehme Erscheinungen aufgetreten, die Wunde schloss sich schnell.

Erfreulich ist die hohe Zahl der beschäftigten Kranken: Es arbeiteten von den Kranken der letzten Klasse 48,5 % (44,1 % Männer, 52,6 % Frauen) täglich den ganzen Tag. Die Anstalten bewirthschaften: 70 Hectaren Acker und Wiesen.

An Beköstigung kostet der Kranke pro Kopf und Jahr 276,72 Mark. M.

---

19) **Verwaltungsbericht der Bezirks-Irren-Anstalt bei Saargemünd für das Jahr 1882/83** von Director Dr. Freusberg.

Bestand am 1. April 1882: 387 Kranke (159 M., 228 Fr.). Aufgenommen: 131 (69 M., 62 Fr.). Entlassen: 70 (36 M., 44 Fr.). Bestand 31. März 1883: 448 (192 M., 256 Fr.).

Von den Aufgenommenen waren einfache Psychosen 26 M., 44 Fr.; Paralytiker 16 M., 9 Fr.; Alcoholisten 10 M., 2 Fr. Eine grosse Reihe sorgfältig zusammengestellter Tabellen giebt über Krankheitsdauer vor der Aufnahme, Alter der Kranken und Civilstand, Krankheitsdauer der Genesenen und Todesursachen etc. Auskunft. Erblichkeit wurde nachgewiesen bei 28,9 % sämmtlicher Kranken.

Die Kosten der Beköstigung betrugen in der IV. Klasse per Kopf und Jahr 178,71 Mark. M.

III. Aus den Gesellschaften.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Sitzung den 10. December 1883.

Herr Westphal: **Ueber einen Fall von Tumor des linken Schläfenlappens** (mit Demonstration des Präparates). Es handelt sich um einen 45jährigen Mann, der seit 1879 an häufigen Anfällen von Bewusstlosigkeit mit Zuckungen in den rechtsseitigen Extremitäten, heftigen Kopfschmerzen, Ohrensausen etc. litt. Seit Anfang d. J. in die Charité aufgenommen zeigte er hier Benommenheit und Schlafsucht, mässige motorische Schwäche der rechtsseitigen Extremitäten, leichte Parese des rechten Facialis, unsichern Gang mit Fallen nach hinten, auch nach rechts. Beiderseits Stauungspapille, verminderte Sehschärfe, die nach und nach in völlige Blindheit überging. — An Stelle der Zuckungen rechterseits trat später Tremor, besonders des rechten Arms. — Die Sprache zeigte keinerlei Störung; auch aus dem Schlafe erweckt antwortete Pat. stets deutlich und sachgemäss, und es bestanden sicher weder Spuren von Aphasie noch von Worttaubheit; Taubheit oder Schwerhörigkeit eines Ohres war nicht constatirt.

Nach dem am 9. November d. J. erfolgten Tode ergab die Section einen grossen Tumor, Gliosarkom, des linken Schläfenlappens, wodurch dieser vollständig zerstört war. Wenn auch noch an einzelnen Stellen Reste der Rinde vorhanden waren, so waren diese doch auch erweicht und von Tumorgewebe durchwachsen, zum Theil stark comprimirt; die zugehörige Marksubstanz war sicher zerstört. Thalamus opt. vollkommen gut, Corp. striat., Linsenkern und Umgebung geschwollen; die Inselwindungen erweicht und nach vorn herausgedrängt.

W. bemerkt nun zu diesem höchst bemerkenswerthen Falle, dass man daraus sicher keinen Beweis gegen die Resultate der Munk'schen Experimente, zu deren Bewunderern er sich zähle, herleiten könne. Aber es ergebe sich für ihn hieraus von neuem, dass wir in der Pathologie uns selbst die Thatsachen zusammenstellen und nicht direct Ergebnisse physiologischer Experimente übernehmen, sondern diese blos als Grundlage und Wegweiser unserer klinisch-pathologischen Untersuchungen benutzen dürfen. — Prüfen wir die bisherigen Ergebnisse der Pathologie bezüglich der Function des linken Schläfenlappens, so sind dieselben allerdings sehr gering. W. kann eigentlich noch keinen Fall, der für Munk's Lehre spräche, dass bei Zerstörung der Rinde eines Schläfenlappens Taubheit auf dem entgegengesetzten Ohre stattfinde, bei strenger Kritik aller Umstände, auffinden; das gelte auch von dem von Hutin veröffentlichten Falle, und auch von dem Schäfer'schen (Centralbl. f. Nervenheilk. 1881. Nr. 3), wo seiner Meinung nach der sehr kleine (linsengrosse) und alte Herd nicht mit den nicht sehr lange vor dem Tode beobachteten Symptomen von Taubheit in Beziehung gebracht werden könne.

Ebensowenig erachtet es W. bisher durch Beobachtungen als sicher erwiesen, dass Zerstörung gewisser Schläfenwindungen der linken Seite beim Menschen nothwendig Worttaubheit zur Folge habe, und macht er auf die Schwäche der Beweisführung in dieser Beziehung in dem Lehrbuche des Herrn Wernicke aufmerksam. Trotzdem habe er sich bemüht, eine Erklärung zu finden, welche wenigstens den

absoluten Widerspruch, der sich zwischen seiner Beobachtung und der aufgestellten Hypothese (Worttaubheit bei Erkrankung des linken Schläfenlappens) resp. den Resultaten der Munk'schen Versuche fände, zu beseitigen vermöchte. Er kam auf den Gedanken, dass, ähnlich wie man für die Broca'sche Windung constatirt habe, dass in seltenen Fällen der der rechten Seite die Bedeutung der linken mit Bezug auf die Sprache zuzuschreiben war, und zwar vorzugsweise bei notorisch linkshändigen Menschen, so auch in dem vorliegenden Falle vielleicht ausnahmsweise etwas Aehnliches für die rechten Schläfenwindungen im Gegensatz zu den linken anzunehmen sei, d. h. dass die Wortvorstellungen hier ausnahmsweise in der Rinde des rechten Schläfenlappens ihren Sitz gehabt hätten. — W. liess deshalb Erkundigungen bei der Frau des Verstorbenen einziehen, welche in der That die interessante, über allen Zweifel festzustellende Thatsache ergaben, dass Pat. von Jugend auf linkshändig gewesen war.

Hierdurch wäre wenigstens eine Analogie zu gewissen Beobachtungen über motorische Aphasie bei linksseitiger Hemiplegie (also bei rechts anzunehmendem Herde) hergestellt; die fehlende Taubheit des rechten Ohres dagegen würde zunächst nicht in Uebereinstimmung mit den Resultaten des physiologischen Versuchs zu bringen sein.

In der Discussion setzt Herr Mendel auseinander, dass er doch glaube, den Schäfer'schen Fall für die Munk'sche Lehre verwerthen zu können. Er urgirt besonders, dass er in diesem Fall die Diagnose auf einen Herd im Schläfenlappen vor der Section auf Grund der Munk'schen Experimente gestellt habe. Was den Westphal'schen Fall betrifft, so könne man vielleicht auch die Annahme machen, dass bei der ganz allmählichen Zerstörung des linken Schläfenlappens die rechte Seite die Function der linken übernommen habe.

Herr Richter, Dalldorf, hat einen Fall von sehr ausgesprochener Worttaubheit beobachtet, bei dem sich eine Zerstörung der ersten linken Schläfenwindung ergab.

Herr Hadlich weist auf die von Dr. Claus in Sachsenberg im „Irrenfreund" (1883. Nr. 6) kürzlich veröffentlichten 2 Fälle hin, bei denen sich bei im Leben beobachteter sensorischer Aphasie das eine Mal eine Erweichung der ersten linken Schläfenwindung und eines Theiles der zweiten, das andere Mal eine Atrophie des linken Schläfenlappens ergab. Allerdings handelte es sich beide Male um demente Individuen.

Herr Remak demonstrirt einen **Fall von Myoclonus multiplex.** Nach Diphtherie war ausser anderen Lähmungen eine Ataxie mit aufgehobenem Kniephänomen bei dem Kranken (11jähriger Knabe) eingetreten, mit deren Heilung vielleicht in Folge eines Schreckes der jetzige Zustand sich entwickelte: klonische Zuckungen in den Muskeln der Schulter, des Oberarms, Bauches, Oberschenkels etc. (Unterschenkel und Vorderarm sind frei), die bei intendirten Bewegungen sofort aufhören, letztere gar nicht stören; im Schlafe hören sie nicht ganz auf. Das Kniephänomen ist jetzt gesteigert; Hautreize steigern reflectorisch die Zuckungen. R. giebt eine nähere Analyse des Falles und erklärt ihn für eine Neurose, Sitz des Leidens im Rückenmark.

R. bespricht die Analogie dieser Affection mit einzelnen der von Henoch als Chorea electrica bezeichneten Fälle. Unter den 5 Fällen letzterer Art, welche R. beobachtete, war einer ebenfalls nach Diphtherie aufgetreten. Der vorgestellte Fall deckt sich völlig mit dem von Friedreich als Paramyoklonus, von Löwenfeld als Myoklonus multiplex beschriebenen Symptomencomplex.

Herr Bernhardt stellt einen 19jährigen Mann vor, bei dem eine locale und einseitige **Analgesie** rechterseits besteht und zwar Arm, Schulter, Nacken, Brust bis zur Brustwarze, Theile der rechten Gesichtshälfte. Der Umstand, dass sich der Zustand angeblich seit 1879 entwickelt hat, eine grosse Constanz, resp. sehr langsame Entwickelung zeigt, dass nichts vorliegt, hier Hysterie anzunehmen, veranlasst B. mit aller Reserve auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass hier ein Fall von Syringo-

myelie resp. gliomatöse Wucherung der grauen Substanz in der Entwickelung begriffen sei. In der Discussion wurden von Herrn Remak und Mendel verschiedene Bedenken gegen diese Annahme geäussert; der letztere glaubte die Annahme der Hysterie nicht für ausgeschlossen zu erachten. Hadlich.

Vorträge, gehalten während der 51. Jahresversammlung der British Medical Association in Liverpool, August 1883. (The British Medical Journal. 1883. 29. Sept.)

Ad. Wahltuch, Manchester, gab zunächst eine Zusammenstellung der von ihm in seiner Privatpraxis durch Elektrotherapie behandelten 122 Krankheitsfälle. Eine specielle Aufzählung der einzelnen Leiden, gegen die der Vortragende, meistens mit grossem Erfolge, den constanten oder den faradischen Strom angewendet hat, würde an dieser Stelle zu weit führen; genauer erwähnt mögen nur diejenigen Störungen werden, auf deren Bekämpfung durch die Elektrotherapie W. selbst besonders aufmerksam macht.

Asthma nervosum kam 11mal zur Behandlung und in jedem Fall trat dauernde Heilung ein; u. A. nach 11jähriger Dauer bei einer Frau von 49 Jahren, bei der das Ausbleiben der früher regelmässig im Spätsommer und Herbst sich einstellenden Anfälle durch 3 Jahre hindurch constatirt werden konnte. Die Anode wurde auf den oberen Theil des inneren Randes des Sternocleidomastoideus, die Kathode auf die Trachea, neben dem Sternoclaviculargelenk aufgesetzt; die Application von 2 bis 10 Elementen dauerte für jeden Vagus etwa 5 Minuten; in 9 Fällen wurden freilich neben der Elektrotherapie noch Inhalationen von Natrium arsenicosum verordnet, doch will W. in Zukunft die letzteren fortlassen.

Habituelle Obstipation, die z. Th. schon seit vielen Jahren den dauernden Gebrauch von Drasticis nothwendig gemacht hatte, wurde in 7 Fällen unter gleichzeitiger Regulirung der Diät durch Aufsetzen der Anode auf die Magengrube, während die Kathode dem Verlauf des Darmkanals folgend auf der Oberfläche des Abdomen herumgeführt und endlich in der linken Leistengegend, der Flexura sigmoidea entsprechend, fixirt wurde, in 10—20 Sitzungen von 10—30 Minuten Dauer (5—30 Elemente) geheilt.

Ferner hatte W. 33 Geschwülste mit Elektrolyse behandelt: er stach ein oder mehrere Nadeln in den Tumor und verband sie mit dem negativen Pol, während die feuchte Schwammanode in der Nähe auf die Haut gesetzt wurde; 5—20 Elemente bei Sitzungen von 5—45 Minuten. Die 33 Fälle setzten sich aus 14 Cystomen (und Angiomen?), 6 „Ganglien", 8 Papillomen, 2 Varicenknoten des Unterschenkels und der Unterlippe, 1 „Bronchocele" und aus 2 Lipomen zusammen; mit Ausnahme der beiden Letzteren wurde jedesmal mit gutem Erfolge vorgegangen. Nach jeder Application des constanten Stromes trat zwar eine reactive Schwellung des betreffenden Tumors ein; sie verlor sich aber dann im Verlauf von etwa 24 Stunden und gleichzeitig nahm auch der ursprüngliche Umfang der Geschwulst ab, bis zum vollständigen Schwunde derselben.

Von 27 neuralgischen Affectionen wurden 22 vollständig geheilt; ganz ohne Erfolg war die elektrische Behandlung nur in einem Fall von beiderseitiger Unterschenkelneuralgie. Ungeheilt blieben ferner 2 Fälle von Schreibekrampf und 1 Fall von Paralysis agitans. (Schluss folgt.)

IV. Bibliographie.

Zur pathologischen Anatomie der Bleilähmung von Oeller. München 1883. Rieger'sche Buchhandlung. Mit einer Tafel. 26 Seiten. 2 M. 40 Pf.

Verf. wendet sich aus theoretischen Gründen, nachdem er einen historischen Rückblick auf die Entwickelung der Anschauung über Bleilähmung geworfen, gegen

die myopathische Theorie und spricht sich für die Annahme einer Rückenmarksläsion aus, wie sie namentlich von E. Remak seit langer Zeit verfochten ist. Zu den drei positiven Befunden von Vulpian, v. Monakow und Zunker fügt er folgenden Fall:

Ein 43jähriger Mann, welcher mit Bleiweisskitt anscheinend sehr unvorsichtig umgegangen war, hatte ein Jahr vor der Aufnahme zuerst einen Kolikanfall, seitdem öfter Mattigkeit und Parästhesien in den Armen. Einige Monate vor der Aufnahme Lähmung der linken Handstrecker, welche nach einigen Schwanken einer completen Extensorenlähmung beider Seiten Platz machte. Die Strecker der Finger und der Hand, die Introssei und Daumenballenmuskeln waren vollständig gelähmt, mässig atrophisch. Der N. radialis war unerregbar, an den Muskeln EaR vorhanden. Die Sensibilität dabei nicht wesentlich beeinträchtigt. Deutlicher Bleisaum, hochgradige Anämie. Es entwickelte sich eine schwere Nephritis mit Albuminurie, Oedemen, Ascites, Hautgangrän und Herzschwäche, der Pat., 3 Monate nach der Aufnahme und 5 Monate nach Eintritt der vollständigen Extensorenlähmung, erlag.

Ausser den Veränderungen in den serösen Säcken, dem Herzen, den Nieren, der Milz, fand sich im Gehirn Blässe und Durchfeuchtung, die Cerebrospinalflüssigkeit war vermehrt. Nach der Härtung des Rückenmarks waren von der Med. oblongata bis zur Mitte des Halsmarks in der grauen Substanz unbedeutende Blutaustritte sichtbar. Von der Halsanschwellung ab wurden diese Blutungen in den mittleren Parthien der Vorderhörner zahlreicher. Vom 5. bis 8. Halsnerven war die Substanz der Vordersäulen in der Mitte erweicht, während die äusseren Theile mit ihren Ganglienzellengruppen intact waren. Die in dem erweichten Gewebe liegenden Ganglienzellen waren dagegen verändert, auch fanden sich Spinnenzellen, Detritus und Blutaustritte. Es war die weisse Substanz nur in den rechten Seitensträngen, jedoch nicht im directen Zusammenhange mit der Veränderung der grauen Substanz erheblich erkrankt. Das übrige Rückenmark war gesund. In den Muskelästen des N. radialis waren etwa $^2/_5$ der Nervenfasern atrophisch; im Stamme waren die Veränderungen viel geringer. Die Muskulatur bot einzelne verschmälerte Bündel, Verlust der Streifung bis zur Umwandlung in körnigen Detritus und erhebliche Kernvermehrung dar.

Oeller nimmt für die Erklärung der Erweichung ein Vorausgehen von hämorrhagischen Herden an und weist in Bezug auf die Gefässdegeneration und Nephritis auf die Maier'schen Resultate über die Wirkung des Bleis im Organismus hin. Moeli.

V. Personalien.

Am 21. Dec. 1883 starb zu Berlin nach kurzem Krankenlager der Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Karl Bogislav Reichert im 73. Lebensjahr. Unter seinen vielen bahnbrechenden Arbeiten sei an dieser Stelle nur seiner hervorragenden Verdienste um die Lehre von der Entwickelungsgeschichte und dem Bau des Gehirns gedacht.

VI. Vermischtes.

Der Selbstmord in Russland. Wie in allen übrigen Staaten, so ist auch im europäischen Russland die Zahl der Selbstmorde in schneller Zunahme begriffen. Von 16 Selbstmorden auf je 1 Million Einwohner im Jahre 1803 ist diese Zahl auf 30 im Jahre 1875 gestiegen. Viel auffallender freilich ist der Zuwachs der Selbstmorde in den grossen Städten, besonders in Petersburg, wo ihre Zahl von 33 im Jahre 1861 auf 85 im J. 1869, 98 im J. 1871 und 136 im J. 1878 (auf je 1 Million Einwohner berechnet) gestiegen ist. Geistesstörung ist bei etwa 20 % aller Selbstmorde als Ursache anzunehmen; Trunkenheit oder alcoholische Psychose bei weiteren 10 %. In den 10 Jahren 1869—78 haben in Petersburg nicht weniger als 57 und in Moskau 40 Kinder im Alter von 8—16 Jahren einen Selbstmord unternommen.

(Likatscheff in Arch. di psich. science penali ed antropol. crim. 1883. p. 315 seq.)

Sommer.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 15. Januar. No. 2.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** 1. Zur Lehre von der antiepileptischen Wirkung des Bromkalium von **P. Rosenbach.** 2. Ueber das Verhalten der allgemeinen und speciellen Sensibilität bei Krampf- und Geisteskranken von **Thomsen.** 3. Bemerkung zu dem Aufsatze „über arteficielle, cadaveröse und pathologische Veränderungen des Rückenmarks von Dr. Richard Schulz" von **A. Pick.** 4. Notiz zu vorstehender Bemerkung von **R. Schulz.**

II. Referate. Experimentelle Physiologie. 1. Untersuchungen über Reflexe von **Mendelssohn.** 2. Directe Erregbarkeit der Vorderstränge des Rückenmarks von **Mendelssohn.** — Pathologische Anatomie. 3. Storia ed autopsia d'un idiota sub microcefalo del **Frigerio.** — Pathologie des Nervensystems. 4. Les convulsions épileptiformes d'origine corticale par **Franck et Pitres.** 5. Eisenbahnzusammenstoss auf dem Heidelberger Bahnhof von **Jungst.** 6. Myélite chronique diffuse compliquée d'accidents apoplectiformes suivis de mort par **Giraudeau.** 7. Perimeningitis et myelitis bulbi acuta von **Burzew.** 8. May tabes dorsalis sometimes have a peripheral origin? by **Herbert.** 9. Case of primary lateral sclerosis or spasmodic tabes by **Hopkins.** 10. Etude sur le tabes dorsal spasmodique par **Jubineau.** — Psychiatrie. 11. Reciprocal insanity by **Parsons.** 12. Sopra un caso di paralisi generale progressiva degli alienati a forma circolare etc. del **Maccabruni.** — Therapie. 13. Beitrag zur Pathologie und Therapie der Perforationen der Shrapnell'schen Membran von **Hessler.** 14. On alcoholic cerebral and mental disorders by **Robertson.** 15. Nervensträckning af **Svensson.** — Forensische Psychiatrie. 16. De la Morphinomanie dans ses rapports avec la médecine légale par **de Montyel.**

III. Aus den Gesellschaften.

IV. Personalien.

V. Vermischtes.

I. Originalmittheilungen.

1. Zur Lehre von der antiepileptischen Wirkung des Bromkalium.[1]

Von Dr. **P. Rosenbach,** Ordinator der Klinik für Nerven- und Geisteskranke an der medicinischen Akademie zu St. Petersburg.

(Aus dem klinischen Laboratorium von Prof. Mierzejewsky.)

Das Bromkalium wurde, soviel mir bekannt, zuerst im Jahre 1853 von Locock gegen die Epilepsie empfohlen und verdrängte bald fast alle anderen

[1] Vom Autor mitgetheilt in der Sitzung der St. Petersburger psychiatrischen Gesellschaft am 8. October 1883.

zahlreichen „Specifica", die gegen diese Krankheit in Gebrauch waren. Im Jahre 1858 erklärte Radcliffe das Bromkalium für das wirksamste Mittel bei Epilepsie; 1864 wurde diese Behauptung gleichzeitig von Robert M'Donnell und Williams bestätigt, und seitdem erschien fast keine klinische Arbeit über die Epilepsie, in welcher dem Bromkalium nicht der erste Platz in der Reihe der therapeutischen Mittel eingeräumt wäre. In vielen Kliniken wurden specielle Versuche über die Wirkung des Bromkalium auf Epilepsie angestellt, und noch unlängst (1881) erschienen fast zu einer Zeit zwei Arbeiten über diesen Gegenstand: Bennett[1] constatirte bedeutende Besserung unter dem Einfluss von Brompräparaten an 95 % von 300 Epileptikern, die er im Laufe mehrerer Jahre beobachtete; Ferrand[2] sah den nämlichen wohlthätigen Effect an 89 Epileptikern, die auf der Abtheilung von Legrand du Saulle behandelt wurden. Dasselbe wird auch in allen, im Verlauf des letzten Decenniums erschienenen Monographien über die Epilepsie bestätigt (Echeverria, Hughlings-Jackson, Berger, Gowers). Letzterer äussert sich in dieser Hinsicht folgendermaassen: „Der merkwürdige Erfolg, der in den meisten Fällen vom Gebrauch der Brompräparate beobachtet wird, hat die Therapie der Epilepsie und Verschreibung von Brompräparaten zu fast identischen Ausdrücken gemacht."[3]

Gegenwärtig zweifelt wohl Niemand daran, dass die antiepileptische Wirkung des Bromkalium wesentlich auf dem Brominhalt desselben beruht, und andere Salze des letzteren — Ammonium, Natrium, auch Lithium bromatum (Weir-Mitschel) besitzen einen analogen wohlthätigen Einfluss auf Epileptiker. Nur Sander[4] bestritt in dieser Hinsicht die Bedeutung des Broms, indem er sie dem Kali zuschrieb und behauptete, dass Chlorkalium gegen Epilepsie sich nicht weniger wirksam erweise, als Bromkali; doch wird diese Angabe durch zahlreiche klinische Beobachtungen anderer Autoren sowohl, als durch experimentelle Ergebnisse widerlegt.

Was die zahlreichen Untersuchungen über die physiologische Wirkung des Bromkalium auf den Organismus anbetrifft (Eulenburg u. Guttmann, Lewitzki, Rabuteau, Husemann, Binz, Krosz u. A.), so constatiren alle einen deprimirenden Einfluss des Bromkali auf das Nervensystem. Eulenburg u. Guttmann[5] behaupten auf Grund ihrer Versuche, dass das Bromkalium ein Gift ist, welches hauptsächlich das Centralnervensystem afficirt, die Leitung in den centrifugalen sowohl als centripetalen Bahnen der Cerebrospinalaxe erschwert und die Uebertragung motorischer Willensimpulse an die Musculatur, die bewusste Perception der Empfindungen und die reflectorischen Acte hemmt. Lewitzki[6] constatirte an Thieren den hemmenden Einfluss des Bromkalium auf die Reflexthätigkeit

[1] Bennet, A statistical inquiry into the action of the bromides in epilepsy. Edinb. medic. Journ. 1881. Febr.-March.

[2] Ferrand, De la curabilité relative de l'épilepsie à la Salpétrière. Thèse de Paris. 1881.

[3] Gowers, Epilepsy and other chronic convulsive diseases. London 1881. p. 252.

[4] W. Sander, Centralbl. f. d. medic. Wissensch. 1868. Nr. 52.

[5] Eulenburg u. Guttmann, Virchow's Archiv. 1867. Bd. 41.

[6] Lewitzki, Ueber die Wirkung des Bromkaliums auf das Nervensystem. Virchow's Archiv. 1869. Bd. 45.

des Rückenmarks. Krosz[1] schreibt demselben auf Grund der Analyse eigener Empfindungen nach grossen Dosen Bromkalium einen deprimirenden Einfluss auf die Thätigkeit des Gehirns (vorzüglich der Grosshirnhemisphären) zu: er beobachtete an sich und anderen Menschen, die Bromkali eingenommen hatten, dass dadurch das Denken und die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zu fixiren, erschwert und Neigung zum Schlafen hervorgerufen werde. Die hypnotische Wirkung des Bromkalium und die Herabsetzung der Reflexerregbarkeit und geschlechtlichen Erregung durch dasselbe sind überhaupt von allen Beobachtern anerkannt.

Vorstehende Angaben, die die physiologische Wirkung des Bromkalium auf den Organismus erhellen, können jedoch sehr wenig zur Erklärung dessen antiepileptischer Kraft beitragen, um so weniger, als die der Epilepsie zu Grunde liegenden pathologischen Bedingungen bisher noch nicht festgestellt sind. Die empirisch gefundene wohlthätige Einwirkung des Bromkali auf Epileptiker wurde als Thatsache angenommen und gewöhnlich durch allgemeine Herabsetzung der Reflexerregbarkeit erklärt (Voisin). Einige Autoren übrigens bildeten zur Erklärung andere Hypothesen. So vermuthete Schröder van der Kolk, der als Ursache der Epilepsie eine Dilatation der Capillargefässe in der Med. oblongata annahm, dass die antiepileptische Wirkung des Bromkalium auf einer durch dasselbe hervorgebrachten Verengerung der Gefässe beruhe; doch abgesehen davon, dass die gefässverengende Wirkung des Bromkali durchaus nicht als sichergestellt gelten kann, ist die Hypothese Schröder van der Kolk's über die Entstehung der Epilepsie selbst sehr zweifelhaft. Krosz[2] vindicirt dem Bromkalium die Fähigkeit, moleculäre Veränderungen in den Zellen und Fasern des Nervengewebes hervorzubringen, die zur Ausgleichung der der Epilepsie zu Grunde liegenden moleculären Veränderungen dieser Elemente führen. Es ist leicht ersichtlich, dass diese Voraussetzung die Aufhellung der uns beschäftigenden Frage wenig fördert.

Indem ich auf Grund klinischer und experimenteller Thatsachen, die von mir in der Sitzung der St. Petersburger psychiatrischen Gesellschaft vom 8. October 1883 kurz mitgetheilt und in extenso an anderer Stelle veröffentlicht werden, zu dem Schluss gelangte, dass der Ausgangspunkt der Epilepsie sowohl, als der epileptischen Krampfanfälle, in die Grosshirnrinde zu verlegen sei, zog ich in den Kreis meiner Untersuchungen über die Pathogenese der Epilepsie auch die Frage über die Wirkung des Bromkalium auf das Gehirn.

Durch die Untersuchungen Albertoni's[3] ist es bekannt, dass Bromkalium an Thieren die Erregbarkeit des Grosshirns bedeutend herabsetzt, indem an einem Thier, dem dieses Mittel gewisse Zeit verabreicht wurde, ein stärkerer Strom erforderlich ist um durch Reizung der psychomotorischen Centren mini-

---

[1] Krosz, Ueber die physiolog. Wirkung des Bromkalium. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmacol. 1877. Bd. VI.

[2] Krosz, l. c.

[3] Albertoni, Untersuch. über die Wirkung einiger Arzneimittel auf die Erregbarkeit des Grosshirns etc. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmacol. 1882. Bd. XV. H. 3/4.

male Bewegungen der entsprechenden Muskelgruppen hervorzurufen, als an einem gesunden; in einem Versuch des genannten Autors erwies sich sogar nach einmaliger Verabreichung von 3 Gramm Bromkali an einem Hunde ein stärkerer Strom zur Hervorrufung eines epileptischen Anfalls durch Reizung der Hirnrinde nothwendig, als vor der Vergiftung.[1] Doch indem Albertoni auf diese Versuchsweise sich beschränkte, liess er es unaufgeklärt, welche Hirntheile von der von ihm gefundenen Herabsetzung der Erregbarkeit des Gehirns betroffen werden. Mit dem Zweck, dieser Frage näher zu treten, unternahm ich folgende Versuche:

Dem Thier wurde (ohne Narcotisation) das Gehirn in der Gegend der Regio cruciata an beiden Hemisphären freigelegt und nach Entfernung der Dura mater das Minimum der Stromstärke (Abstand zwischen den Rollen eines Dubois-Reymond'schen Schlittenapparats) notirt, welches bei Reizung eines Rindencentrums Bewegung der entsprechenden Muskelgruppe hervorrief. Diese Stromstärke ist, wie man leicht sich überzeugen kann, für beide Hemisphären fast gleichwerthig. Darauf wurde das untersuchte Rindencentrum durch Cauterisation vermittelst des Paquelin'schen Apparates oder durch Auslöffelung zerstört und die Erregbarkeit der unterliegenden weissen Substanz, d. h. die minimale Stromstärke bestimmt, welche bei Reizung der blossgelegten Marksubstanz die entsprechende Bewegung hervorrief. Durch oftmalige Versuche überzeugte ich mich, dass dieses Minimum dem vorigen gewöhnlich fast gleich ist, indem es in einigen Fällen dasselbe übersteigt, in anderen etwas geringer sich erweist. Diese Schwankungen sind wahrscheinlich dadurch bedingt, ob die Oberfläche der weissen Substanz rein oder von zerstörter Substanz resp. Blutgerinseln bedeckt ist, als auch durch die Dicke der abgetragenen Hirngewebeschicht. Doch jedenfalls beträgt die zur Hervorbringung des entsprechenden Bewegungseffects erforderliche Veränderung des Rollenabstandes nicht mehr als 10—15 mm. Nach bezeichneter Untersuchung wird dem Thier per os eine bestimmte Quantität Bromkalium eingeführt; gewöhnlich gebrauchte ich eine 4—5procentige Lösung desselben in destillirtem Wasser. In keinem einzigen Fall rief die eingeführte Flüssigkeit Erbrechen hervor; im Gegentheil, sie wird von den durch die vorhergehende Operation erschöpften Hunden anscheinend gern getrunken. Je nach der Grösse der verabreichten Dosis stellen sich sogleich oder nach einiger Zeit Intoxicationserscheinungen ein. Wenn die Dosis sehr gross war, verfällt der Hund fast sofort in einen soporösen Zustand und verendet zuweilen schon nach 15—20 Minuten auf dem Operationstisch, was besonders leicht sehr jungen Thieren passirt. Wenn aber die Dosis glücklich gewählt war — wie ich mich überzeugen konnte, ungefähr 0,6—0,7 Gramm pro Kilo Körpergewicht — lässt sich am Hund schon nach einigen Minuten eine gewisse Trägheit und deutliche Abnahme der Sensibilität wahrnehmen, so dass die weitere Untersuchung ohne Maulkorb vorgenommen werden kann. Fast unmittelbar nach Darreichung des Bromkalium wird an der Hirnoberfläche intensive Hyperämie bemerkt, und zuweilen hat dann Reizung der Rinde oder der blossgelegten weissen Substanz durch schwache Ströme einen heftigen

[1] Albertoni, l. c. p. 255.

Bewegungseffect zur Folge. Doch nach Verlauf geringer Zeit — 10—20 Minuten — verändert sich das Bild: der Hund reagirt gar nicht auf äussere Reize, zuweilen bellt und gesticulirt er — anscheinend unter dem Einfluss von Delirien oder Hallucinationen, zuweilen wird er ziemlich unruhig; die Pupillen sind erweitert, die Sensibilität für Schmerzreize vollständig erloschen; die Hyperämie des Gehirns nimmt ab. Zugleich sinkt die elektrische Erregbarkeit der Hirnrinde allmählich, jedoch ziemlich rasch, und wenn die Dosis genügend war, tritt ein Moment ein, wo Application des stärksten Stromes (bei übereinandergeschobenen Rollen) keinen Bewegungseffect zur Folge hat; indessen lassen sich durch unmittelbare Reizung der blossgelegten weissen Substanz — sowohl in der Hemisphäre, wo sie vor der Vergiftung untersucht war, als nach neuer Rindenzerstörung in der anderen Hemisphäre — deutliche Bewegungen in den entsprechenden Muskelgruppen bei ungefähr derselben Stromstärke hervorrufen, die vor der Intoxication als wirksam sich erwies; bei Verstärkung des Stromes werden die ausgelösten Bewegungen energischer, nehmen sogar einen convulsiven Charakter an, doch cessiren sie gleichzeitig mit Entfernung der Elektroden vom Gehirn und gehen niemals in einen allgemeinen epileptischen Krampfanfall über.[1]

Beispielsweise führe ich hier folgendes Versuchsprotokoll an: Am 24. September, $4^1/_2$ Uhr. Einem erwachsenen 6245 Gramm schweren Hund wird die linke Hemisphäre in der Gegend der Centren für die Muskeln der contralateralen Gesichtshälfte blossgelegt; dieselben ergeben eine minimale Contraction bei 15 cm Rollenabstand. Nach Cauterisation des bezeichneten Rindencentrums ruft Reizung der blossgelegten weissen Substanz dieselben Bewegungen bei 16—15 cm Rollenabstand hervor. Die Operationswunde wird zugenäht, und dem Hund 4 Gramm Bromkalium in 4procentiger Lösung per os verabreicht. Er leistet dem Einführen der Lösung keinen Widerstand, vomirt nicht; unmittelbar nach Darreichung des Giftes bleibt er ruhig und unbeweglich, reagirt nicht auf Reizung der Nasenschleimhaut durch einen kräftigen Strom. Trepanation der rechten Schädelhälfte an entsprechender Stelle. Nach Entfernung der Dura mater wird an der Hirnoberfläche intensive Röthe wahrgenommen. Bei Application schwacher Ströme (16—15 cm) an die motorische Zone der Rinde an der einen, sowohl als anderen Hemisphäre werden keine Bewegungen erzielt. Bei Verstärkung des Stromes (übereinandergeschobene Rollen) ergiebt weder Reizung der psychomotorischen Centren, noch anderer Rindengebiete, einen epileptischen Anfall. Reizung der blossgelegten weissen Substanz in der linken Hemisphäre wird schon bei 14 cm Rollenabstand von entsprechenden Bewegungen in der rechten Gesichtshälfte begleitet; bei Verstärkung des Stromes treten in derselben clonische und tetanische Convulsionen auf, die bei Entfernung der Elektroden sogleich cessiren. Cauterisation des Rindencentrums für das Gesicht an der rechten Hemisphäre. Reizung der unterliegenden blossgelegten weissen

[1] An nicht vergifteten Hunden gelingt es gewöhnlich bei so beschränkten Rindenzerstörungen wie diejenigen, welche in den oben geschilderten Versuchen ausgeführt wurden, durch intensive elektrische Reizung der blossgelegten weissen Substanz einen epileptischen Anfall hervorzurufen.

Substanz wird schon bei 15—14 cm Rollenabstand von entsprechenden Bewegungen in der linken Gesichtshälfte begleitet, und es ergiebt sich hier dasselbe Verhalten starken Strömen gegenüber, wie an der anderen Hemisphäre. Ein epileptischer Anfall lässt sich durch keine elektrische Reizung des Gehirns hervorrufen. Der Hund erscheint träge, benommen, apathisch, der Kopf hängt herunter, die Pupillen sind ad maximum erweitert und reagiren nicht auf Lichtreize. Schmerzempfindlichkeit am Schwanz und an den Pfoten ist nicht vorhanden. Die Untersuchung der Erregbarkeit des Gehirns wird wiederholt im Laufe einer halben Stunde vorgenommen, stets mit den nämlichen Resultaten. Um 7 Uhr ist der Versuch beendet, der Hund vom Operationstisch losgebunden. Man bemerkt an ihm atactischen Gang, die Hinterbeine werden etwas geschleppt; allgemeine Analgesie und Neigung zum Schlaf.

In anderen Fällen, wenn die Intoxication nicht so stark war, wird nach der Darreichung des Bromkalium nicht vollständiger Verlust der Erregbarkeit der Hirnrinde beobachtet, sondern nur Verminderung derselben, während Reizung der blossgelegten weissen Substanz ungefähr bei derselben Stromstärke, wie vor der Vergiftung, von entsprechenden Contractionen der Muskeln begleitet wird.

Also zeigen unsere Versuche, dass bei genügender Intoxication durch Bromkalium an Hunden die Erregbarkeit der Grosshirnrinde für elektrische Reize abnimmt oder ganz verschwindet, während die Erregbarkeit der unterliegenden weissen Substanz beinahe unverändert bleibt.

Wenn wir diesem Resultat experimenteller Untersuchung diejenige allgemein anerkannte Thatsache gegenüberstellen, dass bei an Epilepsie leidenden Menschen die Anfälle unter dem Einfluss von Bromkalium seltener und schwächer werden, in manchen Fällen auf lange Zeit verschwinden, so entsteht die Voraussetzung, dass der wohlthätige Einfluss des Bromkalium auf Epileptiker von der durch dieses Mittel hervorgebrachten Abnahme der Erregbarkeit der Hirnrinde abhängt.

Ohne in eine Erörterung anderer Schlussfolgerungen, die aus vorstehenden Versuchen bezüglich der Frage über die Pathogenese der Epilepsie zu ziehen wären, einzugehen, beschränke ich mich hier auf die Mittheilung derjenigen Thatsachen, die zur physiologischen Erklärung des therapeutischen Werthes des Bromkalium bei der Epilepsie dienen können.

Eine indirecte Bestätigung der vorzüglichen, wenn nicht ausschliesslichen, Beziehung des Bromkalium zur grauen Substanz ergiebt sich auch aus der Arbeit Tschycz's,[1] der bei mikroskopischer Untersuchung des Rückenmarks von mit Bromkalium vergifteten Hunden fand, dass dieses Gift pathologische (degenerativ-atrophische) Veränderungen ausschliesslich in den Nervenzellen der grauen Substanz hervorbringt, die weisse Substanz dagegen unverändert lässt.

[1] Tschycz, Ueber die Veränderungen des Rückenmarks bei Vergiftung mit Morphium, Atropin, Bromkalium und Argentum nitricum. Morskoi Sbornik. 1883. (Russisch.) Ref. im „Neurolog. Centralbl." 1883. Nr. 20. S. 464.

2. Ueber das Verhalten der allgemeinen und speciellen Sensibilität bei Krampf- und Geisteskranken.

Vorläufige Mittheilung

von Dr. **Thomsen**, Assistenzarzt
an der psychiatrischen Klinik in der Charité.

Ursprünglich ausgehend von der Voraussetzung, dass das Gesichtsfeld auch bei nicht hysterischen Kranken eine Veränderung aufweisen dürfte, habe ich die sensorischen Functionen bei ca. 100 Kranken der Irren- und Krampfabtheilung der Charité genauer untersucht und zunächst gefunden, dass sensorische Anästhesien und Hemianästhesien — d. h. concentrische Gesichtsfeldeinengung, Störungen des Gehörs, Geruchs, Geschmacks und des Muskelsinns — mit oder ohne Betheiligung der cutanen Sensibilität keineswegs nur vorkommen bei Hysterischen, sondern ebenfalls bei Epileptischen, sowie bei einer Reihe von Geisteskrankheiten, die zwar nicht lediglich, aber doch vorwiegend in der affectiven Sphäre ablaufen, während das Vorstellungsleben intact bleibt. Dahin gehören ausser acuten hallucinatorischen Anfällen Depressions- resp. Angstzustände, welche nur gelegentlich zu Hallucinationen mit oder ohne Bewusstseinstrübung exacerbiren.

Was die Epileptischen anlangt, so habe ich das Verhalten der sensorischen Functionen speciell des Gesichtsfeldes zum epileptischen Anfall bereits mitgetheilt,[1] und sei daher hier nur wiederholt, dass der epileptische Insult (bezw. sein Aequivalent) nur dann sensorische Anästhesie, speciell concentrische Gesichtsfeldeinengung bewirkt, wenn er mit einem hallucinatorischen Delir oder (ohne Bewusstseinstrübung) mit einer Beeinträchtigung der affectiven Sphäre einhergeht, und dass die Anästhesie zugleich mit diesen Zuständen verschwindet. Den Uebergang zu den sensorischen Anästhesien Hysterischer bilden die langjährigen, meist schwachsinnigen und affectiv ungemein labilen Epileptiker, bei denen stationäre Störungen der allgemeinen und speciellen Sensibilität gar nicht so selten sind.

Der hysterische Anfall convulsiver oder psychischer Natur ist im Allgemeinen in seinem Einfluss auf die sensorischen Functionen dem epileptischen gleichwerthig, doch folgen in der Hysterie entweder die Anfälle rascher auf einander oder aber die dem Insult parallel gehende resp. nachfolgende affective Störung gleicht sich in dem freien Intervall nicht aus, woraus resultirt, dass anästhetische Hysterische, bei denen ja in der That ein psychisches Gleichgewicht fast nie besteht, wohl Schwankungen in der Intensität der Anästhesien, aber selten völlige Intermissionen mit Rückkehr zur normalen Aesthesie zeigen.

Erwähnt sei noch, dass die sensorischen Anästhesien zuweilen schon eben vor dem Anfall nachweisbar sind.

Was die nicht hysterischen Psychosen anlangt, so habe ich sensorische Anästhesien, speciell concentrische Gesichtsfeldeinengung nicht gefunden bei Paralytikern, bei (nicht epileptischen) Deliranten und bei chronisch Verrückten,

[1] Cf. dies. Centralbl. 1883. Nr. 23: Sitzungsbericht der Gesellschaft für Psychiatrie etc.

selbst nicht bei den Angstzuständen der letzteren, bei denen ja freilich nicht die Angst, sondern die Wahnvorstellungen resp. die im Sinne der Verrücktheit gefärbten Hallucinationen das Primäre sind, aus denen erst secundär die Angst hervorgeht.

Wo eine rein affective Störung durch die Entwickelung stabiler Wahnideen in Verrücktheit übergeht, habe ich die anfangs vorhandene sensorische Störung verschwinden sehen.

Dagegen habe ich Beeinträchtigungen der allgemeinen und speciellen Sensibilität bei folgenden Psychosen gefunden.

Erstens bei der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit jüngerer weiblicher Personen, die (besonders beim ersten Anfall) oft in ganz kurzer Zeit abläuft; ferner bei primären Angstzuständen ganz ohne Vorstellungen, bei einem Fall von allgemeiner Angst nach Kopfverletzung, bei einem Fall von Morbus Basedowii, der zu heftigen Angstanfällen exacerbirte, ferner bei einem Falle von klassischer Platzangst, bei welchem sich durch einen künstlich erzeugten Angstzustand (Pat. wurde über die leeren Corridore geschickt) eine Vermehrung der Anästhesie — grössere Einengung des Gesichtsfeldes — hervorrufen liess.

Sodann fand ich eine sensibel-sensorische Anästhesie im melancholischen Stadium einer Folie circulaire, die mit dem Umschlag in eine leichte Manie über Nacht völlig verschwand und schliesslich in einem Falle von Zwangsvorstellungen mit Zwangshandlungen, den ich trotz der Vorstellungen als zu den Angszuständen gehörig betrachten möchte.

In allen diesen Zuständen geht die Störung der sensiblen und sensorischen Functionen dem Zustande der affectiven Sphäre resp. der hallucinatorischen Bewusstseinstrübung parallel und nimmt ab und zu, resp. verschwindet zugleich mit dieser — letzteres geschieht zuweilen schon in ganz kurzer Zeit.

Ich glaube, dem Verhalten der sensorischen Aesthesie eine weitergehende Bedeutung sowohl differential-diagnostisch (z. B. bei Epileptischen, die der Simulation verdächtig sind) als prognostisch vindiciren zu dürfen.

---

3. Bemerkung zu dem Aufsatze „über arteficielle, cadaveröse und pathologische Veränderungen des Rückenmarks von Dr. Richard Schulz".

Von Dr. **Arnold Pick.**

Obzwar mit Herrn Schulz darin übereinstimmend, dass es zu weit führen würde, alle einzelnen Ansichten über einzelne Punkte der pathologischen Anatomie des Rückenmarks zu reproduciren, zumal wenn es sich nur um gelegentliche Aeusserungen der Autoren handelt, scheint mir ein völliges Uebergehen nicht am Platze, wo es sich um einen ausführlicheren Aufsatz über einen solchen einzelnen Punkt handelt; und so halte ich es im Interesse der Sache für geboten, mit Rücksicht auf die Schlussfolgerungen des Herrn Schulz bezüglich der Vacuolenbildung in den Ganglienzellen auf den von Kahler und mir in unseren

„Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems Leipzig 1879“ veröffentlichten Aufsatz „Ueber Vacuolenbildung in den Ganglienzellen des Rückenmarks“ hinzuweisen, in welchem wir auch die Frage, ob Kunstproduct oder nicht, behandeln. Aber auch die Schulz'schen zwei Fälle scheinen mir wegen ihrer geringen Zahl und der geringen Zahl der veränderten Ganglienzellen, nicht so beweiskräftig, dass seine Schlussfolgerung, die Vacuolenbildung sei Kunstproduct, auch für Fälle mit auch nur etwas reichlicherer Vacuolenbildung mit Sicherheit zuträfe; denn trotz des Fehlens cadaveröser und aller pathologischen Veränderungen kann es sich doch um eine blos die Ganglienzellen betreffende pathologische Veränderung handeln. Einzelne Ganglienzellen mit Vacuolen sind schon früher öfter auch von uns (l. c. S. 101) gesehen worden, ohne dass die Betreffenden diesen Befund als pathologisch betrachtet hätten.

4. Notiz zu vorstehender Bemerkung.

Von Dr. **Richard Schulz.**

Die vorstehenden Bemerkungen des Herrn Pick veranlassen mich zu folgenden Gegenäusserungen. Selbstverständlich ist es mir ausserordentlich leid, dass ich gerade die grössere Arbeit über die „Vacuolenbildung in den Ganglienzellen des Rückenmarks“ der verehrten Autoren unbeachtet gelassen habe. Bezüglich der Sache selbst scheint es mir ziemlich einerlei, ob die Vacuolenbildung sehr reichlich sich zeigt, oder wie bei meinen Beobachtungen nur in sparsamer Weise. Eine Entstehungsursache kann man füglicherweise doch für diese eigenthümliche Bildung nur annehmen und da spricht die Thatsache, dass entzündete Rückenmarke notorisch schwer zu härten und arteficiellen Veränderungen mehr ausgesetzt sind, dass also hier gerade reichliche Vacuolenbildung leicht vorkommen kann, zu Gunsten meiner Auffassung. Mit absoluter Sicherheit kann natürlich keine Entstehungsweise behauptet werden.

II. Referate.

Experimentelle Physiologie.

1) **Untersuchungen über Reflexe,** zweite Mittheilung von Dr. M. Mendelssohn aus St. Petersburg. (Sitzungsbericht der Akademie der Wissenschaften zu Berlin. 1883. V.)

Verf. studirte den Einfluss von Halb- und Ganzquerschnitten verschiedener Theile des Rückenmarks auf das Zustandekommen der Reflexe. Der Reiz wurde immer an der rechten unteren Extremität angebracht. Ein Halbquerschnitt auf der gereizten Seite dicht unter dem Abgange der Armnerven bewirkt eine sehr starke Schwächung der Reflexe in der rechten oberen Extremität, gar keine Schwächung in der unteren Extremität, eine geringe in der oberen und unteren linken Extremität. — Aehnlich, nur schwächer, wirkt ein Halbschnitt rechterseits im Dorsalmark.

Ein rechtsseitiger Halbschnitt dicht oberhalb des Ursprungs der Nerven für die

untere Extremität bewirkt eine sehr starke, resp. völlige, Schwächung der Reflexe in der rechten unteren Extremität, nur eine geringe in den drei übrigen Gliedern.

Halbschnitte linkerseits bewirken immer nur eine sehr bedeutende Schwächung der Reflexe in der linken unteren Extremität.

Ein vollständiger Querschnitt des Dorsaltheils des Rückenmarks schwächt nur die Reflexe in der linken unteren Extremität (die oberen fallen natürlich aus); rechterseits tritt diese Schwächung nur dann auch ein, wenn der Querschnitt dicht über den Nervenwurzeln der unteren Extremitäten gemacht war.

Längs-(Sagittal-)Schnitte sind wirkungslos.

M. verwerthet diese Resultate für Rosenthal's Ansicht vom Zustandekommen der Reflexe in den obersten Abschnitten des Rückenmarks. Hadlich.

---

2) Beitrag zur Frage nach der directen Erregbarkeit der Vorderstränge des Rückenmarks von M. Mendelssohn aus St. Petersburg. (Arch. für Anat. u. Physiol. Physiolog. Abth. 1883. S. 281—288.)

M. giebt hier eine ausführliche Beschreibung seiner Versuche, über deren Resultat er bereits den 10. Febr. 1883 in der Société de Biologie de Paris berichtet hatte, worüber bereits in Nr. 8 S. 190 d. Centralbl. 1883 referirt ist. — Die Versuchsanordnung schliesst wohl in der That Stromschleifen nach den Rückenmarks-Wurzeln aus.

Hadlich.

Pathologische Anatomie.

3) Storia ed autopsia d'un idiota sub microcefalo, nota del Dr. Frigerio. (Archivio di psichiatria, scienze penal. ed antropol. 1883. p. 301.)

Kurze Beschreibung eines 20jährigen Idioten mit auffallend kleinem Kopfe und besonders in der Entwickelung zurückgebliebener Stirnpartie. Der ganze Körper war nur 130 cm lang, die oberen Extremitäten ungleich, links um etwa 20 mm kürzer als rechts. Pat. war unreinlich, gefrässig und konnte nur die beiden Silben „u pè" aussprechen; von den Sinnesorganen schien nur das Gehör genügend zu functioniren; das Gefühl war fast ganz unentwickelt.

Das Gehirn wog nur 200 Gramm; das Kleinhirn schien relativ sehr gross zu sein. Die Windungen der Stirn- und Hinterhauptslappen waren sehr schmal. Die Rinde der linken vorderen Centralwindung war geröthet und erweicht. Der Balken glich einem sehr dünnen Bande. Die Gefässe der Basis sollen von normaler Weite gewesen sein; am Schädel waren indess das Foramen jugulare wie die Sinusabdrücke in den Knochen weit geräumiger rechts als links. Sonst sei erwähnt, dass alle Nähte ausser der Stirnnaht noch offen waren, sogar die Sphenobasilarfuge. Capacität 1025 Gramm, Länge 167 mm, Breite 127 mm: daher Längenbreitenindex = 76,0. Horizontalumfang 464 mm; die Längscurve misst nur 298 und die Biauricularcurve 281 mm. Mit der Asymmetrie der Extremitäten hängt wohl die geringere Ausbildung der rechten Stirn- und Occipitalhälfte zusammen. Sommer.

Pathologie des Nervensystems.

4) Recherches expérimentales et critiques sur les convulsions épileptiformes d'origine corticale par Franck et Pitres. (Archives de phys. normale et path. 1883. 15. année. No. 5 p. 1 et No. 6 p. 101.)

Die zum Theil auf schon bekannten früheren, zum Theil auf neuen Experimentaluntersuchungen beruhenden Schlussergebnisse der Verff. sind im Wesentlichen folgende:

Die (experimentelle) corticale Epilepsie kann nur bei gewissen Thierklassen erzeugt werden; leicht bei Katzen, Hunden, Affen; weniger leicht bei Kaninchen und Meerschweinchen; niemals bei Vögeln, Batrachiern und Fischen. Elektrische Reizung ist am meisten geeignet, die epileptiformen Convulsionen sicher hervorzurufen; und zwar ist dieselbe um so wirksamer, je energischer sie ist und je länger sie einwirkt. Uebrigens können auch mechanische und chronische[1] Reize, Traumen des Gehirns, umschriebene Läsionen der Windungen zu — unmittelbaren oder späteren — epileptiformen Convulsionen Veranlassung geben; ihre Wirkung ist also unsicherer als die elektrischer Ströme.

Um convulsivische Anfälle zu erzeugen, muss der Reiz — direct oder fortgepflanzt — auf die Rindenschicht der sogenannten motorischen Windungsabschnitte einwirken. Die „epileptogene Zone" fällt zusammen mit der „motorischen". Jede auf die graue Rindenschicht dieser Zone einwirkende Reizung kann epileptiforme Zuckungen veranlassen; nie aber eine Reizung, welche auf nicht excitable (d. h. nicht „motorische") Rindenterritorien beschränkt bleibt. Die Reizung der unter der motorischen Rindenschicht liegenden weissen Substanz, Reizung des Corpus striatum, des Thalamus, der Capsula interna sind unfähig, wahre epileptiforme Convulsionen hervorzurufen.

Die Wirksamkeit der zur Provocation der Anfälle geeigneten Reize ist abhängig von dem Grade der Excitabilität der Nervencentra. Letztere kann durch verschiedenartige Einflüsse zu- oder abnehmen. Sie nimmt zu durch toxische Substanzen (Strychnin, Absinth, Atropin, Cannabin etc.) und besonders durch einen leichten Grad entzündlicher Reizung der Nervenelemente. Sie wird verringert oder aufgehoben durch anästhesirende Inhalationen (Aether, Chloroform), durch intravenöse Injection von Chloral, durch Asphyxie, durch locale Aetheraufstäubung auf die graue Corticalschicht. Bei gewissen Thieren (Hund, Katze) ist die motorische Zone zur Zeit der Geburt noch nicht excitabel; man kann erst einige Tage nach erlangter Reizbarkeit des Gehirns eine corticale Epilepsie hervorrufen. Im Allgemeinen schwächen oder beseitigen alle Agentien, welche die Gehirnexcitabilität überhaupt schwächen oder aufheben, auch die Geneigtheit der Versuchsthiere zu epileptiformen Convulsionen; und umgekehrt. — Die durch Hirntraumen erzeugte Epilepsie kann auf die Nachkommen vererbt werden, ohne dass sich bei Letzteren irgendwie merkliche Hirnveränderungen fänden.

Die experimentell bei Hunden hervorgerufene Rindenepilepsie ist nach F. und P. in ihrer Natur und ihren Aeusserungen der sogenannten corticalen (Jackson'schen) Epilepsie des Menschen durchaus ähnlich, und die aus der Untersuchung jener hergeleiteten Ergebnisse können auch auf die von Rindenreizung abhängige Epilepsie des Menschen in gleicher Weise Anwendung finden.

Wie schon in früheren Arbeiten, so weisen übrigens auch hier die Verff. die von Luciani vertretene Anschauung zurück, dass bei der Rindenepilepsie die Rinde als „Centralorgan" der Convulsionen aufzufassen; vielmehr betrachten sie für das Zustandekommen diffuser oder allgemeiner Convulsionen, für die „Generalisation" des epileptischen Anfalls, die graue Substanz des Rückenmarks und der Medulla oblongata als wesentlich betheiligt und unentbehrlich. Nach ihren Versuchen können die Anfälle sich verallgemeinern, auch wenn ein grosser Theil der motorischen Zone vorher zerstört wurde, und werden ferner die durch Hirnrindenreizung provocirten Convulsionen durch plötzliche Exstirpation der motorischen Windungsabschnitte nicht unterbrochen. (Letzteres behaupten F. und P. im Widerspruche mit H. Munck; sie schieben ihr abweichendes Ergebniss dem Umstande zu, dass sie die Versuchsthiere niemals morphinisirten.) Die Gehirnrinde ist also noth-

[1] Auf letztere, wenig beachtete Thatsache haben Eulenburg und Landois schon vor 7 Jahren aufmerksam gemacht (Kochsalzapplication auf der Rindenoberfläche bei Hunden; vergl. Virchow's Archiv, Bd. 68).

wendig, um den Anfall zu erringen, aber ist nicht „Organ der Convulsionen". Sie bewirkt letztere vielmehr, indem sie tiefer liegende Centren in einen analogen Spannungszustand versetzt, wie der, in welchem sie selbst sich befindet; diese (medullären oder bulbären) Centren sind es dann, welche durch ihre Entladung die Convulsionen — nunmehr selbstständig und unabhängig von der Hirnrinde — produciren. In der scheinbaren Unerregbarkeit der grauen Rückenmarkssubstanz glauben die Verff. kein Hinderniss dieser Hypothese zu finden.

A. Eulenburg.

---

5) Bericht über den Eisenbahnzusammenstoss auf dem Heidelberger Bahnhof am 30. Mai 1882 nebst Bemerkungen über Störungen des Centralnervensystems nach Eisenbahnunfällen von C. Jungst. (Zeitschrift für Heilkunde. 1883. Bd. IV. H. 3 u. 4. S. 281.)

J. giebt eine ausführliche Darstellung der an den zahlreichen Opfern des Unglücksfalles beobachteten klinischen, chirurgischen sowohl wie nervösen Erscheinungen, zum Theil auch mit Sectionsbefunden, die jedoch einem kurzen Referate nicht zugänglich sind; seine neuropathologischen Beobachtungen verbindet er mit der bekannten Literatur zu einer zusammenfassenden Darstellung des Gegenstandes. A. Pick.

---

6) Note sur un cas de myélite chronique diffuse compliquée d'accidents apoplectiformes suivis de mort par C. Giraudeau. (Revue de médecine. (1883. Novembre p. 972.)

Bei einem 60jähr. Manne entwickelte sich seit Beginn des Jahres 1883 eine Atrophie beider Nn. optici. Am 10. Mai desselben Jahres stellte sich ein plötzlicher Schmerz in der Kreuzgegend ein und wenige Stunden darauf eine fast complete Lähmung beider Beine, verbunden mit einer starken Sensibilitätsstörung und Incontinentia urinae. Reflexe nicht untersucht. Am 18. Mai trat, wiederum ganz plötzlich, Bewusstlosigkeit und schnarchende Respiration ein, und 10 Minuten später starb der Kranke.

Bei der Section fand sich eine ziemlich starke chronische Arachnitis spinalis und im Lendentheil des Rückenmarks ein über mehrere Centimeter sich ausdehnender acuter Erweichungsherd, welcher von zahlreichen kleinen Hämorrhagien durchsetzt war. Das verlängerte Mark und die Brücke erscheinen auffallend fest und sklerotisch, ersteres etwas atrophisch. Ausserdem zeigt die Arachnoidea auch hier zahlreiche bindegewebige Verdickungen. Das Gehirn ist vollständig normal. — Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass sowohl im verlängerten Mark, als auch im Rückenmark von den verdickten weichen Häuten aus sich zahlreiche breite bindegewebige Streifen in das Rückenmark hineinzogen. Namentlich waren alle eintretenden Gefässe von einer breiten bindegewebigen Scheide umhüllt, ihre eigenen Wandungen verdickt. In der Randzone des Rückenmarks fanden sich zahlreiche bindegewebige Herde, innerhalb welcher die Nervenfasern deutlich verschmälert erschienen. An einzelnen Stellen zeigten sich auch kleine Gruppen „hypertrophischer" (gequollener) Axencylinder. Der Erweichungsherd bestand aus rothen Blutkörperchen, Fettkörnchenzellen und Detritus.

Der Fall ist demnach aufzufassen als eine chronische, wie es scheint, lange symptomlos verlaufende Arachnitis mit Betheiligung des Rückenmarks und des Bulbus. Die im Mai plötzlich eingetretene Lähmung bezieht sich auf den hämorrhagischen Erweichungsherd im Lendenmark, der letzte tödliche Insult wahrscheinlich auf eine plötzlich eintretende Circulationsstörung in der Oblongata. Strümpell.

---

7) **Perimeningitis et myelitis bulbi acuta** von Burzew. (Jeshenedjelnaja klinitscheskaja Gazeta. 1883. Nr. 26—31. Russisch.)

Ein kräftiger 38jähr. Bauer erkrankte nach einer intensiven Erkältung plötzlich an heftigen Kopfschmerzen, begleitet von allgemeinem Unwohlsein und Fieber. Nach 3 Wochen gesellten sich in rascher Reihenfolge Lähmungserscheinungen an den Gliedern und am Gesicht hinzu, nebst Erhöhung der Sehnenreflexe, Verengerung der linken Pupille, stellenweiser Anästhesie, Harnretention, und 4 Wochen nach dem Anfang der Krankheit trat der Tod ein (Herzlähmung ohne cerebrale Erscheinungen).

Die Section erwies acute Entzündung des den Cervicaltheil des Rückenmarks umgebenden perimeningealen Bindegewebes und einen ganz frischen Erweichungsherd in der Substanz des Bodens des 4. Ventrikels.

Verf. betont das Fehlen jeglicher pathologischer Veränderungen des Knochenkanals oder anderer Theile, die zu einer secundären Entzündung des bezeichneten perimeningealen Bindegewebes hätten führen können, und sieht letztere als primär entstanden an. Die frische Erweichung im verlängerten Mark, die sich als hämorrhagischer Herd erwies, fasst er als Folge einer durch den perimeningealen Entzündungsprozess bedingten Störung des Blutkreislaufs auf. Die Seltenheit des Vorkommens primärer perimeningealer Entzündungen ergiebt sich daraus, dass Verf. in der Literatur nur zwei dem beschriebenen Falle ähnliche vorgefunden hat — einen von Lewitzky (Rudnew's Journal. Bd. X. Russisch) und einen von Lemoine und Lannois (Revue de médecine. 1882). P. Rosenbach.

---

8) **May tabes dorsalis sometimes have a peripheral origin?** by Herbert W. Page. (Brain. 1883. Oct. p. 361—368.)

Ein bei der Aufnahme 36jähr. Mann, welcher 18 Jahre zuvor Schanker und Ausschlag gehabt hatte, hatte vor 8 Jahren von einem Hühnerauge unter dem Metatarsophalangealgelenk des rechten Halux aus eine Ulceration bekommen, welche angeblich durch „Frostbrand" zum Verlust der Zehe geführt hatte. Ein Jahr später war dieselbe Affection links aufgetreten und der Halux amputirt worden. Erst seit drei Jahren bestanden springende Schmerzen. Bei der Aufnahme fehlte das Kniephänomen, war die Lichtreaction der Pupillen träge, und bestand unzweifelhaft Anästhesie der Fusssohlen. Nach 3 Monaten trat eine exquisite tabische Arthropathie des linken Fussgelenks auf.

Diese Beobachtung von Mal perforant als frühste Krankheitserscheinung einer Tabes dorsalis giebt dem Verf. Veranlassung, besonders auf Grund der Angaben von Savory und Butlin, über dem Mal perforant regelmässig zukommende degenerative Veränderungen der versorgenden peripheren Nerven, gegenüber Ball und Thibierge (vgl. dieses Centralbl. 1882. S. 128), welche die unmittelbare Abhängigkeit von dem Rückenmarksleiden annehmen, auch mit Rücksicht auf einen Fall von Treves (vgl. dieses Centralbl. 1882. S. 520), die Hypothese zu ventiliren, ob die Tabes nicht bisweilen einen peripherischen Ursprung habe (vgl. Westphal und Déjerine dieses Centralbl. 1882. S. 160 u. 191. und 1883. S. 565.) E. Remak.

---

9) **Case of primary lateral sclerosis or spasmodic tabes** by John Hopkins. (Brain. 1883. Oct. p. 372—385.)

Die Rückenmarksautopsie des 21jähr. Pat. ergab Integrität der Meningen, gelatinöse Degeneration der Seitenstränge von der Spitze aufwärts bis in den oberen Theil der Dorsalregion, rechts höher hinauf als links. In der Lumbargegend erstreckt sich die Degeneration in die Vorderstränge. An einer Stelle waren die Vorderstränge auch an der Medianfissur gelatinös. Oberhalb der Lendenanschwellung betraf die

Sklerose die Vorderstränge nicht in derselben Ausdehnung und höher hinauf waren nur die Seitenstränge afficirt. Nach der Erhärtung zeigte sich die graue Substanz in einzelnen Partien besonders im mittleren Dorsaltheil betheiligt. Die mikroskopische Untersuchung ergab nahezu völlige Abwesenheit von Nervenfasern in den Seitensträngen und benachbarten Theilen der Vorderstränge des unteren Endes des Rückenmarks. Die grossen Zellen der Vorderhörner waren atrophirt in der unteren Hälfte des Rückenmarks mit Ausnahme eines Schnittes, welcher aus der Lumbarregion entnommen war, in welchem die Zellen an Umfang und Zahl normal waren etc.

Der klinische Verlauf war eine allmählich entstandene spastische Paraplegie der Unterextremitäten mit Andeutungen von Sensibilitätsstörungen, Blasencatarrh, Decubitus am Os sacrum und den Trochanteren, schliesslich Abmagerung der Beine (keine elektrische Untersuchung).

Während Verf. in seinem Falle eine Verification der Charcot'schen Hypothese der primären Sklerose der Seitenstränge als Basis der Tabes spasmodica erblickt, liegt nach der Ansicht des Referenten weder klinisch ein reiner Fall von „spastischer Spinallähmung" noch anatomisch eine unzweifelhafte primäre Systemerkrankung der Seitenstränge vor. E. Remak.

---

10) **Étude sur le tabes dorsal spasmodique (Sclérose primitive des faisceaux latéraux)** par Fernand Jubineau. (Thèse de Paris. 1883.)

Ausser der Besprechung der Literatur eigener Fall mit Sectionsbefund (Arachnitis cerebralis, im Lendentheil des Rückenmarks Sklerose der Seitenstränge), doch ist derselbe wegen nicht vollständiger Untersuchung des Rückenmarks nicht geeignet, die Lehre von der isolirten Seitenstrangerkrankung zu stützen. M.

Psychiatrie.

11) **Reciprocal insanity** by R. S. Parsons. (The Alienist and Neurologist. 1883. IV. p. 591.)

Ein neuer und interessanter Fall von „inducirtem Irresein" (folie à deux). Zwei Schwestern im Alter von 26 und 24 Jahren, von gesunder Constitution, angeblich nicht hereditär belastet — doch war ein Cousin geisteskrank und ihre Mutter war mindestens sehr wenig begabt — hatten von Jugend auf stets mit einander auf's engste vereint gelebt und waren sich seit Jahren in Folge der Arbeitstheilung bei ihrem Erwerbe, als Schneidermädchen, völlig unentbehrlich geworden. Sie verkehrten mit Niemand, besuchten daher keine Vergnügungen und lebten einsam mit einander, übrigens im Hause ihrer Eltern und nicht gerade in ungünstigen Verhältnissen. Ohne bekannte Veranlassung entwickelten sich nun bei Beiden wohl gleichzeitig Verfolgungswahnvorstellungen mit dem Charakter der primären Verrücktheit: welche der Schwestern zuerst erkrankt sei, konnte nicht sicher festgestellt werden. Die ursprünglichen Wahnideen bestanden darin, dass beide Schwestern sich beklagten, ein gewisser Mann wolle die Jüngere von ihnen heirathen; da diese aber nichts davon wissen wolle, so quäle er sie jetzt beide und habe auch ihre Ueberführung in die Irrenanstalt bewirkt. Allmählich spann sich nun aus diesen Wahnvorstellungen ein dichtes romantisches Netz um die beiden Personen. Die Jüngere habe deswegen — so hiess es später — die Bewerbungen jenes unglücklichen Liebhabers, die er durch seine Augensprache, sowie durch seine Gesten zu erkennen gegeben habe, zurückgewiesen, weil sie sich selbst schon einen anderen Gatten erwählt habe. Dass der Gegenstand dieser einseitigen Wahl durchaus damit einverstanden sein müsse, schien beiden selbstverständlich. Nun seien aber auch ihre Eltern gegen sie aufgetreten und

hätten die jüngere Tochter zwingen wollen, einen Dritten zu heirathen. Sie hätten zwar nie davon gesprochen, aber ihre Absichten hätten sie durch Zeichen verrathen und als sie den Widerstand der Mädchen bemerkt hätten, hätten sie dieselben kühl und gelegentlich sogar schlecht behandelt. Später erkannten die Mädchen freilich, dass sie sich anfänglich selbst geirrt hätten: der zuerst verschmähte Liebhaber habe sie nämlich nie verfolgt, dies hätten vielmehr, „wie sie seit einigen Wochen" wüssten, nur ihre eigenen Eltern und die Familie des von den letzteren ausgesuchten Bräutigams veranlasst. Zuletzt freilich hätten sich auch noch die Aerzte der Irrenanstalt in die Jüngere verliebt und hätten die nichtswürdigsten Versuche gemacht, ihre Einwilligung zu erzwingen etc. etc.

Besonders interessant ist es, in der ausführlichen Krankengeschichte zu beobachten, wie mit der Ausbreitung der Wahnideen auch die Bildung charakteristischer Kunstausdrücke bei beiden Personen in identischer Weise vor sich gegangen ist; endlich ist noch zu erwähnen, dass in dem jahrelangen Verlaufe der Krankheit bei Beiden längere Remissionen eingetreten sind, sobald sie in der Anstalt von einander getrennt worden waren. Nach der mehrfach möglich gewordenen Entlassung sind die Schwestern freilich jedesmal wieder trotz aller Abmahnungen in den früheren engsten Verkehr zu einander getreten; die Folge war, dass immer nach nur kurzer Frist die Wahnvorstellungen wieder das Uebergewicht erhielten und die Patientinnen daher wegen ihres drohenden und gewaltthätigen Auftretens von neuem der Anstalt zugeführt werden mussten.

Zum Schluss der lesenswerthen Arbeit wirft Verf. noch die Frage auf, ob nicht schon allein in Rücksicht auf die mögliche „Infection" der anderen, besonders der jugendlichen und weiblichen Familienmitglieder die Entfernung eines frisch Erkrankten aus dem Kreise der Angehörigen dringend wünschenswerth sei. Sommer.

---

12) Sopra un caso di paralisi generale progressiva degli alienati a forma circolare, considerata in rapporto alla temperatura, nota del dott. Ugo Maccabruni. (Arch. italian. per le malattie nervose. 1883. p. 461.)

Nach einer ausführlichen Besprechung der hierher gehörigen Literatur über Paralyse mit circulärem Verlauf theilt Verf. einen selbst beobachteten Fall von Paralyse bei einem 50jährigen Hereditarier mit, in dem sich längere Zeit hindurch ganz regelmässig Erregungszustände mit den gewöhnlichen Grössenwahnvorstellungen und Perioden melancholisch-hypochondrischer Depression abwechselten. Die Dauer der ersteren war gewöhnlich bedeutend länger als die der letzteren; ihre Maxima waren 20 resp. 5 Tage. Dies circuläre Stadium hielt fast 5 Monate an; nachher verfiel Pat. schnell in den tiefsten Blödsinn mit fortschreitender Lähmung der Körperkräfte, der er nach weiteren 3 Monaten erlag. Die Gesammtdauer der Paralyse hatte etwa 3 Jahre betragen; ein epileptiformer Anfall, eingeleitet von einer praeparoxysmellen Temperatursteigerung bis 38,9, war schon im Beginn des circulären Stadiums zu beobachten gewesen, und später traten noch einigemal Congestionserscheinungen mit apoplectiformen Symptomen auf.

Von dem Gedanken ausgehend, die circuläre Form könne mit einem entsprechenden Schwanken der Temperatur einhergehen, liess nun Verf. regelmässig die letztere messen, und zwar in der Achselhöhle, nachdem er die gegen diese Methode gerade bei Paralytikern erhobenen Einwürfe für den vorliegenden Fall zurückgewiesen.

Das Resultat entsprach indess seinen Voraussetzungen nur in sehr geringem Maasse. Die Durchschnittstemperatur während der Exaltation betrug nämlich 36,6 und während der Depression 36,9, Differenzen, die Verf. für zu unbedeutend hält, um darauf hin ein bestimmtes Urtheil abzugeben. Im Uebrigen schliesst er sich den Erfahrungen neuerer Forscher, wie Krömer, Mendel u. A. an, indem er der

Paralyse einen fieberlosen Verlauf, oft gar mit subnormalen Temperaturen, vindicirt. Fieber bei einem Paralytiker sei stets auf eine somatische Complication zurückzuführen und unter Umständen seien anscheinend normale Temperaturen bei derartigen Kranken schon als leicht febrile zu betrachten, indem deren wirkliche normale Wärme vielleicht zwischen 35 und 36 Grad läge.

Da der Temperaturverlauf keinen Anhalt für die Erklärung der circulären Form gegeben hat, so empfiehlt Verf. eine Theorie des Prof. Mairet in Montpellier (De la démence mélancholique) zur eventuellen Prüfung: Mairet leitet die Depression gewisser Paralytiker von einer vorwiegenden Erkrankung der Hirnbasis ab, während die gewöhnliche Erregung mit Grössenwahn etc. im Allgemeinen von den Läsionen der Convexität abhängen solle. Je nachdem nun die Congestion mehr auf die Basis oder auf die Convexität beschränkt sei, käme es vielleicht zu diesen oder jenen entgegengesetzten Symptomen in ihrem psychischen Verhalten. Der bekannte Einfluss der Heredität auf das Zustandekommen circulärer Geistesstörungen wird durch die Mairet'sche Hypothese allerdings gar nicht in Rechnung gezogen. Sommer.

Therapie.

13) Beitrag zur Pathologie und Therapie der Perforationen der Shrapnell'schen Membran von Hessler. (Arch. f. Ohrenheilk. Bd. XX. H. 2. S. 121.)

Zwei der vom Verf. mitgetheilten Fälle zeigen den ja auch schon aus zahlreichen anderen Beobachtungen bekannten Zusammenhang zwischen schweren nervösen resp. psychischen Störungen und Erkrankungen des Ohres, hier einem chronischen Eiterungsprozesse hinter der Membrana flaccida Shrapnelli. Das eine Mal handelte es sich um epileptiforme Paroxysmen, welche regelmässig mit einer von dem afficirten Ohre ausgehenden sensiblen Aura begonnen und die gänzlich verschwanden, als das Ohrenleiden geheilt war. Bei der zweiten Patientin bestanden neben Kopfschmerz, mangelndem Schlaf und excessiver Kraftlosigkeit höchst beunruhigende psychische Erscheinungen, nämlich zeitweises Irrereden, Verlust des Erinnerungsvermögens und eine solche Geistesschwäche, dass das Mädchen nicht mehr die Bezeichnungen für die gewöhnlichsten Gegenstände wusste, nicht mehr den Stand der Uhr ablesen konnte etc. Desgleichen verlangte sie nie von selbst Nahrung, sondern ass nur, wenn sie gefüttert wurde. Auch in diesem Falle verloren sich bei einer geeigneten Localbehandlung des Ohres alle die genannten cerebralen Symptome vollständig. Blau.

---

14) On alcoholic cerebral and mental disorders by Alex Robertson. (Vortrag in der med. chir. Society am 5. Oct. 1883. — Glasgow med. Journ. 1883. XX. 6. p. 448.)

R. meint, bei einem Theile der durch Alcoholmissbrauch neuropathisch gewordenen Individuen wirkt der Alkohol vorzugsweise auf die motorischen Centren; bei einer zweiten Gruppe auf die speciellen Sinnescentren (und zwar zuweilen einseitig: unilaterale Hallucinationen); bei einer dritten auf die vasomotorischen und die (secretorischen) Schweisscentren. — Weiter verbreitet sich R. über die Behandlung des Delirium tremens. Anfangs übte R. die „Opium- und Whisky-Behandlung" (in einem Falle, der genas, enorme Dosen von Beiden); später fand er das Leiden auch durch einfache Ernährung des Kranken heilbar, jedoch wirke Chloralhydrat allein oder zusammen mit Bromkalium, oder auch kleine Dosen Opium, nicht selten beschleunigend. Schliesslich erwähnt R. auch Tart. stib. und Tinct. Dig. in grossen Dosen.

In der Discussion meint Murdoch Cameron, dass die ungleiche Wirkung des Chloralhydrats von Anwendung unreinen Präparates herrühre!

Scott Orr rühmt Opium in kleinen Dosen, Tart. stib. als „Contrastimulus", und Bromkalium.

Wallace Anderson erklärt letzteres für das wirksamste Mittel.

Hugh Thomson erzählt einen Fall, in dem durch Chloroform-Inhalation Del. tremens hervorgerufen wurde; gleiches könne auch durch Chloral geschehen, dieses und ähnliche Mittel übten, obgleich schlafmachend, doch bei Del. tremens keinen curativen Effect.

Lapraik räth in der Behandlung zu individualisiren; in einem Falle begann er mit kleinen Dosen Tart. stib., gab dann Pulv. Jalap. comp. und kleine Dosen Chloral und Bromkalium mit günstigem Erfolge.

Fergus betont die Auseinanderhaltung von Del. tremens und Dipsomanie. Bei ersterer meist gar keine Medicamente, sondern Lagerung im dunkeln Zimmer und Kräftigung durch starken beef-tea u. dgl. — Bei Dipsomanie „mehr mechanische und moralische als ärztliche Behandlung", absolute Abstinenz; bei Rückfälligen Cayenne-Pfeffer in vollen Dosen als bestes Arzneimittel.

Auf eine Anfrage von Carsewell erwiedert schliesslich Robertson, dass er Chloral in der Regel nur in Dosen von 20—30 Gran (=1,2—1,9 g) verabreichte.

A. Eulenburg.

---

15) **Nervsträckning** af Dr. Ivar Svensson. (Årsberättelse från Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm för 1882. Stockholm 1883. S. 127.)

Verf. dehnte bei 2 an Tabes dorsalis leidenden Männern beide Ischiadici in der Mitte des Schenkels. Im 1. Falle beschränkte sich der Nutzen der Operation darauf, dass die Temperatur der Beine höher und die Harn- und Faecalentleerung geregelter wurde und nicht mehr unfreiwillig geschah, ein halbes Jahr später aber war wieder alles wie vor der Operation. Im 2. Falle, in welchem, jedenfalls in Folge von Durchtränkung des Verbandes mit Harn, die Operationswunden nicht per primam intentionem heilten, war der Erfolg ein ähnlicher, namentlich zeigte sich nach der Operation Besserung in Bezug auf die Harn- und Kothentleerung, aber der Kranke erklärte später, dass die Ungelegenheiten, die er in Folge der Operation gehabt habe (heftige und oft auftretende Krampfanfälle in der ersten Zeit nach der Operation, Decubitus) grösser seien als der Nutzen. Demnach sind Verf.s Resultate durchaus nicht sehr aufmunternd. Günstige Resultate, die erzielt worden sind, lassen sich, wie Verf. meint, vielleicht am besten durch die Annahme erklären, dass in solchen Fällen eine andere, den Symptomen nach der Tabes wesentlich gleiche Krankheit, aber mit weniger schwerer Prognose, vorgelegen habe. Auch in einem Falle von Krampf im Ausbreitungsbezirk des N. accessorius Willisii, in dem nicht blos der Sternocleidomastoideus, sondern auch verschiedene andere Muskeln am Kinn, an der Schulter und dem Arme von klonischen Krämpfen ergriffen waren, hat Verf. von der Dehnung des Nerven kaum einen Nutzen gesehen. Als Hülfsmittel bei Nervenresectionen gegen Neuralgien hat die Nervendehnung, wie Verf. hervorhebt, den grossen Nutzen, dass es durch sie möglich wird, die Resection näher nach dem Centrum zu auszuführen. In einem Falle dehnte und resecirte Verf. wegen langwieriger Neuralgien den N. frontalis und in zwei den N. infraorbitalis nach diesem Principe, in den beiden letzteren Fällen brannte er ausserdem den Canalis infraorbitalis mit einer glühenden Platinspitze aus. In allen drei Fällen wurde die Neuralgie vollständig beseitigt, obwohl sie sich in einem Falle auf einen viel grössern Umkreis ausdehnte, als der vom N. infraorbitalis innervirte.

Walter Berger.

Forensische Psychiatrie.

16) De la Morphinomanie dans ses rapports avec la médecine légale (Affaire Fiquet) par Marandon de Montyel. (L'Encéphale. 1883. No. 6. p. 667.)

M. erörtert an der Hand des „Falles Fiquet" die Beziehungen der „Morphinomanie" zur gerichtlichen Medicin. Der Fall betrifft eine lügnerische lüderliche Person, welche ein Kind mit sich gelockt und getödtet hat. Sie war Morphinistin und injicirte sich bis zu einem Gramm pro die. Für die gerichtsärztliche Beurtheilung ist die Dosis gleichgültig, es kommt auf die Resistenzfähigkeit des Individuums an. Die Morphinomanie beweist überhaupt an sich nichts für den Geisteszustand, sie ist an und für sich keine Psychose. Das Morphin ist eben ein Genuss- und Reizmittel, wie der Tabak, der Alcohol. Es führte auch bei der betreffenden Person durchaus keine Veränderung ihres Verhaltens herbei. Nach wie vor war sie lügnerisch, intriguant und in unmoralische Händel verwickelt, frequentirte die Sprechstunden der Aerzte und liess sich in Hospitäler aufnehmen. Nach der Verhaftung des Morphins entwöhnt, zeigte sie die gewöhnlichen körperlichen Störungen, einige hysterische „Anfälle" simulirte sie. Sie heuchelte Amnesie ausschliesslich für die Zeit des Verbrechens, sonst war ihr Gedächtniss überall treu. Auch die die That begleitenden Umstände sprechen für vorherige Ueberlegung und bewusstes logisches Handeln. Nachher versuchte sie noch Hallucinationen zu simuliren.

Es fragt sich, welchen Einfluss hat die Morphinomanie auf das Seelenleben. M. unterscheidet den Zustand des regelmässigen Genusses von dem der Enthaltung („puissance" — „abstinence"), bei der „puissance" unterscheidet er die Periode der Euphorie und die des körperlichen und geistigen Marasmus. Der ersteren (Euphorie) erkennt er die Zurechnungsfähigkeit zu, die Personen der marastischen Periode sind Kranke. Entzieht man dem Morphinomanen das gewohnte Stimulans, so ist er ebenfalls als ein Kranker zu betrachten.

Hiernach musste M. die Figuet für zurechnungsfähig erklären. Verdächtig war die Sucht, zu simuliren, auch blieb der Fall deshalb unklar, weil kein rechtes Motiv zur That aufzufinden war. M. plaidirte daher für mildernde Umstände, indem er ihre Charakterschwäche, ihre Unstätheit und ihr mangelhaftes Urtheil berücksichtigte.

Bei einer erneuten Exploration schloss Blanche sich diesem Gutachten an (Annal. méd. psych. 1883). Die Figuet wurde zu 20 Jahren Zwangsarbeit verurtheilt.

Siemens.

III. Aus den Gesellschaften.

Vorträge, gehalten während der 51. Jahresversammlung der British Medical Association in Liverpool, August 1883. (The British Medical Journal. 1883. 29. Sept.)

Bevan Lewis, West Riding, las über die Beziehungen der Localisationsbestrebungen zur Psychologie. Der Vortrag, der sich im Allgemeinen für die Berechtigung der bisher aufgestellten Rindencentra aussprach, und der von einer sorgfältigeren Ortsbestimmung der erkrankten Partien, was Lage, Grösse und Tiefe der Zerstörung betrifft, für die Zukunft noch weitere und wesentlich genauere Aufschlüsse in Aussicht stellte, kann nicht durch ein kurzes Referat erledigt werden; es muss daher auf das Original und besonders auf die p. 626 und 627 mitgetheilten Krankengeschichten verwiesen werden. Die betreffenden 12 Patienten hatten fast ausschliesslich motorische Störungen der rechtsseitigen Extremitäten (Hemiplegien, Paresen oder epileptiforme Attaken) und verschiedenartige Formen der Aphasie, Agraphie etc. gezeigt; bei ihrer Autopsie fanden sich zwar regelmässig Affectionen der Corticalis oder der Hirnganglien, aber nicht immer entsprachen dieselben den nach den heutigen

Kenntnissen über Localisation zu stellenden Diagnosen ihrer Lage. Speciell seien in dieser Hinsicht die Fälle VI und XII erwähnt.

In der sich anschliessenden Discussion theilte Beach, Darenth, unter Anderem mit, er habe bei zwei tauben Idioten, in Uebereinstimmung mit den bekannten Angaben Ferrier's, einen beiderseitigen Bildungsdefect der ersten Temporalwindung beobachtet. Indessen dürfe andererseits aus der anscheinend normalen Ausbildung gewisser Rindenbezirke nicht ohne Weiteres auf ihre vollständige Functionsfähigkeit geschlossen werden. So müsse man z. B. mit ziemlicher Sicherheit die Stirnlappen für den „Sitz der Intelligenz" halten, und doch seien dieselben gerade bei Idioten oft sehr kräftig entwickelt, ja bei 2 Mikrocephalen mit einem Hirngewicht von 218 resp. 622 Gramm (7 resp. 20 Unzen engl. Medizingew.) seien sie grösser als unter normalen Verhältnissen gefunden worden. In derartigen Fällen könnten seichte Furchung oder mangelhafte Ausbildung der betreffenden Ganglienzellen für den psychischen Defect verantwortlich gemacht werden.

Auch Shuttleworth, Lancaster, erwähnte einen Fall von mikrocephaler Idiotie bei einem 15jährigen Mädchen, obschon die Frontallappen anscheinend normal waren; eine hochgradige Beeinträchtigung des Gehörs, die gleichzeitig bestand, konnte mit ziemlicher Sicherheit auf eine Agenesie der ersten Schläfenwindung zurückgeführt werden.

Zum Schluss warnte dann Ireland, Prestonpans, vor allzu präcisen Localisationsbestimmungen; es seien schon so viele Centra in der Hirnrinde angeblich nachgewiesen, dass für die Intelligenz kaum noch ein Plätzchen übrig bliebe, und er habe in seiner vieljährigen Erfahrung gerade bei Idioten oft genug Gelegenheit gehabt, ausgedehnte Zerstörungen gewisser Rindenbezirke, deren Function fast allgemein anerkannt sei, zu sehen, ohne dass im Leben die entsprechenden Symptome auch nur angedeutet gewesen wären.

Sodann theilte Wiglesworth, Rainhill, die Resultate seiner Untersuchungen über Knochendegenerationen bei Geisteskranken mit, nachdem er über die englische Literatur dieser Frage eine kurze Uebersicht gegeben hatte. Er hatte ausschliesslich die Rippen mit Rücksicht auf ihre häufigen Brüche bei Irren untersucht, und zwar stammte das Material von 30 Geisteskranken (9 männl. und 21 weibl. mit einem Durchschnittsalter von 47,6 Jahren) und zur Feststellung der normalen Verhältnisse von 8 Geistesgesunden (2 männl. und 6 weibl. im mittleren Alter von 31 Jahren). Die durchschnittliche Dicke der Compacta, die ja hauptsächlich den Schutz gegen das Zerbrechen gewährt, betrug nach 44 Messungen der normalen Rippen 0,59 mm; nach 175 Messungen an Irren aber nur 0,32 mm, also kaum die Hälfte von der Mächtigkeit jener. Nur bei einer kleinen Zahl der Irren schienen die Rippen normal; bei einer bedeutenden Majorität war die äussere Schicht entsprechend den obigen Angaben stark verdünnt, während die Haversi'schen Canäle dilatirt waren; doch dürften diese Abnormitäten wohl mehr auf allgemeine Ernährungsstörungen und auf das höhere Alter der Untersuchungsobjecte zurückzuführen sein; eine für Geisteskranke specifische Degeneration der Rippen konnte nur in 3 Fällen beobachtet werden, was übrigens immerhin 10 % ausmachen würde. Es handelte sich hier um eine Osteoporose, die von innen nach aussen vorschreitend Vacuolen bis zu einer Länge von 2,3 mm und bis zu einer Tiefe von 0,42 mm in der Rindensubstanz erzeugte, und die bei den Rippen Geistesgesunder niemals beobachtet wurde. W. neigte daher der Ansicht zu, wenigstens ein Theil der Knochenbrüche, die bei Irren ja so häufig durch verhältnissmässig geringfügige Einwirkungen veranlasst würden, sei auf eine derartige Aushöhlung und Verdünnung der compacten Rinde zurückzuführen. Jene 3 Fälle betrafen übrigens keinen einzigen Paralytiker.

Mercier, Stone, berichtete dann über eine Scharlachepidemie, die durch das häufige Auftreten ausgeprägter Verfolgungsdelirien bei den jugendlichen Patienten merkwürdig war. Alle Scharlachfälle hatten einen milden Verlauf genommen und

befanden sich bereits in der Reconvalescenz, ohne Fieber und ohne Albuminurie; alle hatten aber Anginasymptome dargeboten. Am 11. Tage nach dem Ausbruch der Krankheit wurden 2 Knaben, die übrigens in getrennten Räumen schliefen, gegen Abend unerwartet unruhig; unter zunehmender Erregung sprachen und lärmten sie dann fast die ganze Nacht und liessen dabei deutliche Verfolgungsvorstellungen erkennen, die sich zuletzt in thätlichen Angriffen auf ihre Umgebung als auf die vermeintlichen Verfolger und Quälgeister äusserten. Nach diesem Schlaf erwachten sie am nächsten Tage ohne jede Erinnerung an das Vorgefallene. In den nächsten Tagen erkrankten noch 3 andere Knaben unter denselben nächtlichen Delirien, und diese wiederholten sich fast 3 Wochen lang, allmählich allerdings schwächer und undeutlicher werdend. Auch am Tage war unmittelbar nach den Hauptmahlzeiten eine leichte und schnell vorübergehende Geistesstörung regelmässig zu beobachten. Da der intermittirende Charakter der Anfälle die anfängliche Ansicht, man habe es mit einer der postdiphtherischen Lähmung analogen Erkrankung des Centralnervensystems zu thun, im weiteren Verlauf unwahrscheinlich machte, und da jede Temperatursteigerung fehlte, ein febriles Delirium auch nicht anzunehmen war, während der elende leere Puls bei allen diesen Deliranten auffiel, so wurde als ursächliches Moment die auch sonst evidente Anämie der Patienten betrachtet. Das Auftreten der Delirien bald nach der Nahrungsaufnahme und zur Schlafzeit, also in Zeitpunkten, in denen sich schon unter normalen Verhältnissen eine relative Anämie des Gehirns einzustellen pflegt, sprach ebenso wie der Erfolg der excitirenden und roborirenden Behandlung für die Richtigkeit jener Hypothese. In allen Fällen trat übrigens völlige Genesung ein.

Endlich wurde noch ein casuistischer Beitrag zur Kenntniss der epileptischen Psychosen von Baker und Mickle mitgetheilt. Es handelte sich hier um einen charakteristischen postparoxysmellen Dämmerzustand mit religiösen und melancholischen Wahnvorstellungen. Durch Rasiren des Haupthaares und der Pubes schien sich der 25jährige Patient auf Befehl Gottes, mit dem er sich laut unterhielt, zum Tode vorbereitet zu haben, und war im Begriff, mit einem Rasirmesser sich den Hals abzuschneiden, als sein entsetzter Bruder die Thür sprengte und ihn festzuhalten versuchte. Ein hartnäckiger Kampf entspann sich, in dem der Kranke sich zahlreiche Wunden beibrachte, bis endlich ausreichende Hülfe erschien und den Unglücklichen, der über und über mit Blut bedeckt war, bändigte. Als der Anfall dann vorüber war, bestand nur eine theilweise Amnesie; er erinnerte sich sehr wohl seiner Selbstmordversuche, wusste aber nichts von dem Kampfe mit seinem Bruder u. s. w.

Sommer.

Royal medical and chirurgical Society. Session of the 23. Oct. 1883. (The Lancet. Oct. 27.)

Nachdem der Präsident Marshall die Verleihung des Marshall-Hall-Preises an Ferrier officiell verkündet hatte, gab der Letztere in seiner „Marshall-Hall Prize Ovation“ eine Scizze der neueren Fortschritte in der Physiologie und Pathologie des Nervensystems.

Nach einer kurzen Reminiscenz an die älteren Bestrebungen von Marshall Hall auf der einen, Flourens auf der anderen Seite knüpft F.'s Vortrag direct an die durch die grundlegende Arbeit von Fritsch und Hitzig inaugurirte Epoche in der Gehirnphysiologie. Er erinnert an seine Discussion mit Goltz auf dem Londoner internationalen Congress, durch welche seines Erachtens der Nachweis der Localisation bestimmter Functionen in der Gehirnrinde, wenigstens für ein Wirbelthier ausser Zweifel gestellt sei. Ein eingehendes Studium der vergleichenden Physiologie niederer Thierarten im Zusammenhange mit einer vervollkommneten Technik der experimentellen Bearbeitung des Grosshirns müsse nothwendiger Weise allmählich dem Localisationsprincip zum Durchbruch verhelfen. Als Grundlage dieser differenten

Functionen verschiedener Gehirnpartien spricht F. — im Sinne seiner früheren Ausführungen — anatomische Structureigenthümlichkeiten an und schliesst mit dem Wunsche, die Anfänge einer chirurgischen Behandlung intracranieller Prozesse auf der Basis der Localisationslehre sich immer fruchtbringender entwickeln zu sehen.

Von Seiten der Gesellschaft wurden F.'s Ausführungen allerseits mit grosser Anerkennung aufgenommen.

Althaus, der in F.'s Vortrag eine Berührung der Controversen des Vortr. mit Hitzig und Munk vermisst, nimmt Veranlassung, den günstigen Erfolg elektrischer Applicationen in der Gegend bestimmter Corticalpartien als eine klinische Bestätigung der Localisationslehre hervorzuheben.

Prof. Schafer erinnert an die s. Z. von ihm mit Langley im Auftrage des Londoner Congresses ausgeführte Control-Untersuchung der Ferrier'schen Gehirne, welche zu Gunsten der F.'schen Deutung sprach. Die Goltz'schen Einwände seien nur von vergleichend physiologischem Interesse, insofern sie den Beweis lieferten, dass bei niederen Thieren die nervösen Centralapparate Functionen übernehmen können, welche dem Anschein nach den Leistungen höherer Centren bei höher stehenden Thieren nicht unähnlich sind.

Sharkey hat in 6 Fällen von Läsion der motorischen Zonen durchaus die Voraussetzungen der Localisationslehre bestätigt und erinnert u. A. speciell an einen Fall von Blindheit bei Zerstörung des Gyrus angularis.

Dr. Maclagan regt die Frage nach der Localisation des „thermischen Centrums" an.

In seinem Schlusswort erwidert Ferrier kurz auf die Bemerkungen von Althaus, sowie auf die Frage des letzten Redners, zu deren Beantwortung ihm keine eigenen Erfahrungen zu Gebote stehen und verweist dann auf die von ihm mitgebrachten Präparate, Gypsabgüsse und Photographien von den Gehirnen seiner Versuchsthiere.

Kast.

British Medical Association. 54. Meeting in Liverpool. (Brit. med. Journal. 1883. August 18.)

Die unter Betheiligung von ca. 1000 Mitgliedern vom 31. Juli bis 3. Aug. d J. in Liverpool abgehaltene 51. Jahres-Versammlung der British Medical Association brachte als ersten Gegenstand in der Tagesordnung der Section für innere Medicin eine **Discussion über Aphasie**, welche durch die Betheiligung hervorragender Neuropathologen wie J. Hughlings Jackson, Broadbent, Gairdner etc. lebhaftes Interesse erregte.

Der einleitende Vortrag von Prof. Gairdner, Glasgow, gab nicht sowohl ein systematisches Referat über die neueren Arbeiten in der Frage der Aphasie, als eine formgewandte und anziehende Erörterung über einige psychologische Fragen bei der Genese des gesprochenen und geschriebenen Wortes.

Die Ausbildung und Einübung der Sprache verknüpft sich nach G. auf's Engste mit einer Art von „Herabdrückung" („degradation") des ursprünglich an die Thätigkeit höherer intellectueller Centren gebundenen Sprachvorganges zu einem Acte halb unwillkürlicher Function tiefergelegener Ganglienapparate. Wie bei einer Reihe anderer complicirter Bewegungsvorgänge vollzieht sich der „motorische Theil" des Sprachvorganges, der eingelernte Coordinationsmechanismus der Sprache, förmlich automatisch, ja noch mehr, auch eine Reihe täglich gebrauchter geläufiger Phrasen, Interjectionen etc. verfallen mehr und mehr diesem „spieldosenartig" arbeitenden Automatismus, dessen halbreflectorische Thätigkeit sich jedoch weit weniger von der Herrschaft des leitenden höheren Centrums zu emancipiren vermag als andere Bewegungscombinationen, bei denen eine Mitwirkung der Intelligenz nicht so nothwendig in's Spiel kommt. Vortr. erwähnt die von Broadbent u. A. hervorgehobene Erfahrungsthatsache, dass

die complicirteren Bewegungscombinationen der rechten Hand, sowie der Sprachorgane an die Integrität der linken Grosshirnhemisphäre geknüpft sind. Nach Broadbent's Anschauung müsste hiernach bei der halbseitigen Lähmung unter gewissen Verhältnissen der Sprachvorgang nur insoweit eine Einbusse erleiden, als die intellectuelle Thätigkeit dabei unmittelbar betheiligt ist; andererseits müssten jene automatisch gewordenen eingelernten Phrasen und unwillkürlichen Ausrufe (G. nennt sie „emotional language" im Gegensatze" zur „intellectual language") unter Umständen dabei unentwegt weiterbestehen. Dem entspricht die klinische Erfahrung von Hughlings Jackson u. A., welche solche abgerissenen Sätze, Flüche, Ausrufe u. dgl. bei total Aphasischen fortbestehen sahen und sie den inarticulirten Lauten und Schreien Bewusstloser an die Seite stellen.

In eine Kritik der neueren Eintheilungsversuche der aphasischen Störung eintretend, vermag G. zunächst in der Unterscheidung der Paraphasie von der Aphasie keinen wesentlichen Fortschritt zu erblicken, obwohl er dieselbe als sachlich gerechtfertigt anerkennen muss. Er erinnert an eigene und fremde Erfahrungen über gewisse aphasische und paraphasische Zufälle in physiologischer Breite, die häufig bei den nächstliegenden Worten, ja nicht selten bei einem und demselben Worte wiederholt sich geltend machen. Als eine eigenthümliche Form der „Paranomasie" erscheint der von Thomas Watson mitgetheilte Fall des Sir Wm. Lawrence, der, unfähig ein ihm mangelndes Wort zu finden, trotzdem wunderbarer Weise im Stande gewesen sein soll, dasselbe zum Gegenstande eines scherzenden Wortspiels zu machen.

Weit mehr einverstanden ist G. mit Kussmaul's Aufstellungen der Wortblindheit und Worttaubheit — obwohl er die meisten seiner aphasischen Kranken auch mehr oder weniger wortblind und noch häufiger worttaub gefunden hat.

Auf zu unsicherer psychologischer Basis steht dem Vortr. die Differenzirung einer atactischen und amnestischen Aphasie, insolange wir nicht im Stande sind exact von Fall zu Fall zu analysiren, in wieweit bei jedem einzelnen Kranken ein Erinnerungsdefect bei der Sprachstörung mitspielt. Direct auszuschliessen ist die amnestische Form der Aphasie nur dann, wenn die Gedankenäusserung durch die Schrift oder die Fähigkeit Geschriebenes verständnissvoll zu lesen erhalten ist. Ein berühmtes und schlagendes Beispiel für das isolirte Erhaltenbleiben der einen oder andern dieser genannten Fähigkeiten bietet der Fall Lord Deumans, eines hochbegabten englischen Staatsmannes, der, unfähig zu sprechen und zu schreiben oder Gesprochenes aufzufassen, nur im Stande war sich durch Geberden seiner Umgebung verständlich zu machen und trotz alledem mit grossem Interesse und sichtlichem Verständniss in mehreren Sprachen Lectüre trieb, über welche er durch Mienen eine sachgemässe Kritik bekundete. Die Aufstellung einer eigenen „Alexie" hält G. für überflüssig.

Für die eigenthümlichen Modificationen der Bahnen, durch welche die Auffassung und Wiedergabe der Bezeichnung eines bestimmten Gegenstandes ihre Centren erreicht, dient ein weiterer Fall als Illustration, in welchem bei Erhaltung einer grossen Summe „automatischer" Satzverbindungen nahezu totale Unfähigkeit bestand, Dinge und Personen zu benennen und bei welchem nur die Vorführung des geschriebenen Worts eine wenigstens nahezu richtige Bezeichnung herbeizuführen vermochte, die freilich alsbald wieder vergessen war. Noch eigenthümlicher erscheint die Krankengeschichte eines zum Theil wieder hergestellten Aphasikers, der bei voller Fähigkeit gut Domino zu spielen, mit Münzen umzugehen etc., weder auf Wunsch die Zahlen z. B. der Dominoaugen, zu nennen, noch eine bestimmte ihm aufgegebene Zahl aus einer Anzahl von Dominosteinen herauszusuchen vermochte, der endlich die in Worten geschriebene Zahl nicht entziffern konnte, bei alledem aber im Stande war, durchaus prompt jede in arabischen Ziffern ihm aufgeschriebene Zahl abzulesen.

Zum Schluss berührt Vortr. noch kurz die Frage des Einflusses der aphasischen Sprachstörung auf den Geisteszustand ihres Trägers und fasst seine Anschauung dahin,

dass beim Erwachsenen, der das Hülfsmittel der Sprache bereits zur Erwerbung eines gewissen intellectuellen Fonds ausgenützt hat, im Allgemeinen kein Grund vorliegen dürfte, eine Schädigung der Verstandeskräfte, speciell eine Beschränkung seiner Dispositionsfähigkeit in forensischem Sinne anzunehmen, dass dagegen bei Eintritt der Aphasie im Kindesalter der Ausfall eines so wichtigen Bildungsmittels, wie der Sprache, auf alle Fälle eine hochgradige Entwickelungshemmung der Intelligenz bedingen und so in derartigen Fällen die Aphasie ein sich aller Voraussicht nach einen mehr oder weniger hohen Grad von Imbecillität herbeiführen müsse.

Dr. Huglings Jackson sieht in der ganzen aphasischen Sprachstörung ein interessantes Beispiel der Zerlegung eines complexen Actes in seine Componenten — eines Vorganges, den er auch in einer Reihe anderer pathologischer Processe wiederfindet. Jene halb automatischen Interjectionen und Sätze, welche Aphasiker aus dem Untergange ihres Sprachschatzes noch gerettet haben, richten sich übrigens ihrem Inhalte nach nicht selten nach der Situation des Kranken im Moment der Katastrophe — eine Erscheinung, die mit Beispielen belegt und mit gewissen postepileptischen Störungen der Sprache in Vergleich gesetzt wird.

H. J. vertritt die Meinung, dass die rechte Hemisphäre bei der mehr „automatischen" Wort- und Satzbildung in Function zu treten, die linke den intellectuellen oder „willkürlichen" sprachlichen Leistungen vorzustehen habe. Die sogenannte Paraphasie sei nichts anderes, als der Ausdruck der ungebührlichen Einmischung der „automatischen" Aeusserungen der rechten Grosshirnrinde — eine Art „verbaler Diplopie". Ein sehr häufiges, nicht selten übersehenes begleitendes Symptom bei Aphasischen sei eine meist rechtseitige Hemiopie, die auch bei Individuen mit sog. Wortblindheit nicht selten zu constatiren sei.

Broadbent knüpft an die Bemerkungen Gairdner's über congenitalen Defect der Broca'schen Windung an und berichtet über einen Knaben mit angeborener Entwickelungshemmung dieses Hirntheiles, der bei completer Aphasie durchaus nicht idiotisch, vielmehr zu Botengängen etc. ganz brauchbar war. Die Eintheilung der verschiedenen Formen der Aphasie möchte er gegenüber Gairdner noch dadurch vervollständigen, dass er alle „Benennungen" von den gesammten übrigen Sprach objecten abgetrennt wissen will als die Kardinalobjecte des sprachlichen Denkens, für welche die gesammten übrigen Sprachwendungen nur als Fassung dienen.

Seine Erklärung für die Art der Betheiligung des Gehirns an der Sprachbildung basirt auf der Voraussetzung, dass jedes Sinnesgebiet sein corticales Perceptionscentrum besitze. Auf dem Wege einer zweiten Combination werden dann die Eindrücke der einzelnen Perceptionscentren in einem gemeinsamen Centralapparat auf's Neue gesammelt und es erfolge unter Mitwirkung vornehmlich der Gehörsvorstellungen die „Benennung" des Gegenstandes. Die Bezeichnungen „Worttaubheit" und „Wortblindheit" will B. nicht gelten lassen und erklärt die bezüglichen klinischen Fälle durch eine Störung in der Verbindung zwischen dem Perceptionscentrum des betreffenden Sinnes und der Centralstätte der Benennung, ohne dass eine ähnliche Störung durch Läsion des betreffenden sensoriellen Perceptionscentrums selbst strenge auszuschliessen wäre.

Clifford Allbutt hält es für gefährlich, auf dem von einigen der Vorredner betretenen Wege psychologischer Deduction in der Forschung über Aphasie weiter zu gehen und verspricht sich ungleich mehr Nutzen von einer mehr physicalischen Auffassung des Vorganges. Von diesem Gesichtspunkte aus hält er den Sprachvorgang für einen in weitem Sinne automatischen, der einerseits unter der Anregung centripetaler Eindrücke, andererseits unter der hemmenden Controle höherer Corticalapparate stehe.

Fr. W. W. Ireland möchte den schwächenden Einfluss des Mangels der articulirten Sprache auf die intellectuelle Leistungsfähigkeit mehr betont wissen, als dies von seinen Vorrednern geschehen ist und hält dafür, dass das von Broadbent

erwähnte Kind jedenfalls sehr geistesschwach, wenn auch nicht völlig idiotisch gewesen sein müsse.

Drummond wendet sich vor Allem gegen die Existenz einer rein atactischen Aphasie ohne alle amnestischen Störungen. Er hält den Aphasiker für nur bedingt dispositionsfähig.

James Ross plädirt für die von Wernicke begründete Eintheilung in motorische und sensorische Aphasie, welche schon durch die in einzelnen Fällen hervortretenden Ausfallserscheinungen von Seiten benachbarter Rindengebiete mit verwandter Function als rationell erscheinen müsse.

G. A. Woods äussert seine Ideen über die anatomischen Substrate transitorischer aphasischer Störungen etc. Er erinnert ferner an die Beobachtung, dass in den Fällen von rechtsseitiger Hemiplegie, wo die Lähmung des Beines die des Armes übertrifft, die Sprachstörung weniger hochgradig zu sein pflege, behauptet, dass eine Rindenläsion der linken Hemisphäre für den Intellect des aphasischen Kranken um so verhängnissvoller sei, je weiter sie auf die hinter den Stirnwindungen gelegenen Regionen übergreift.

Archibald Cameron sucht das unabhängig von einander zu beobachtende Vorkommen der agraphischen und aphasischen Störung casuistisch zu belegen, indem er gleichzeitig das frühere Verschwinden der Aeusserung durch die Schrift oder durch das gesprochene Wort durch eine individuell verschiedene Entwickelung der einen oder anderen dieser Qualitäten und eine darin begründete ungleichzeitige Ermüdbarkeit derselben zu deuten versucht.

Als ein interessantes Beispiel einer Emotionsneurose auf dem Gebiete der Sprache liefert die von T. Mark Hovell mitgetheilte Krankengeschichte eines vorher gesunden Postbeamten, der durch einen räuberischen Ueberfall eine dauernde isolirte Sprachstörung acquirirt hatte.

Das Schlussresumé des Referenten, Gairdner, griff wesentlich auf die von verschiedenen Seiten in differentem Sinne beantwortete Frage der forensischen Zurechnungsfähigkeit der Aphasiker ein und zwar präcisirt G. seinen Standpunkt schliesslich dahin, dass nicht sowohl nach allgemeinen pathologischen Grundsätzen, als nach Würdigung der individuellen Verhältnisse von Fall zu Fall das Urtheil über die Dispositionsfähigkeit gefällt werden müsse — eine Aufgabe freilich, welche durch die Schwierigkeiten der Untersuchung häufig grosse Verlegenheiten bereite.

Für criminelle Vergehen seien Aphasische in der übergrossen Mehrzahl der Fälle sicher in vollem Maasse verantwortlich. Kast.

IV. Personalien.

Unser Mitarbeiter, Herr Dr. Schulz, wurde zum Vorstand der medicinischen Abtheilung des herzogl. Krankenhauses zu Braunschweig ernannt.

Für die Professur der Psychiatrie in Prag sind vorgeschlagen: primo loco: v. Krafft-Ebing, secunado loco unser Mitarbeiter Dr. Pick, Director der Irrenanstalt Dobřan.

V. Vermischtes.

Bei der Preisvertheilung in der Académie de Médecine zu Paris erhielten den Preis Civrieux (Ueber die Ursachen der Tabes): Professor Landouzy und Ballet; den Preis Falret (Ueber Schwindel mit Delirium) Garnier.

Die neuen Preisaufgaben (Arbeiten sind vor 1. Juli 1884 in französischer oder lateinischer Sprache an die Akademie zu senden) sind, soweit sie die Neurologie interessiren, folgende:

Preis Civrieux (1500 fr.): Ueber die Sclérose en plaques.

Preis Lefèvre (2500 fr.): Für das beste Werk über die Melancholie.

Preis Falret (1000 fr.): Ueber Geisteskrankheiten durch Diathese.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 1. Februar. No. 3.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** 1. Ueber das Verhalten erkrankter Nerven und Muskeln gegen magnetelektrische Ströme von **Eulenburg.** 2. Ueber die Bedeutung der Vacuolenbildung in den Nervenzellen von **Rosenbach.**

II. Referate. Experimentelle Physiologie. 1. Riflessi tendinei nei criminali, Nota dei **Marro e Lombroso.** 2. Disappearance of the tendon reflex, without ascertainable pathological basis by **Spitzka.** — Pathologische Anatomie. 3. Ueber Veränderungen des Rückenmarks in Folge von Dehnung des N. ischiadicus von **Tarnowskaja.** — Pathologie des Nervensystems. 4. Notes on three cases of cerebellar disease by **Oliver.** 5. Contribuzione alla fisio-patologia cerebellare del **Scarpi.** 6. Encéphalite parenchymateuse limitée de la substance grise, avec épilepsie partielle comme syndrome clinique par **Danillo.** 7. Cas de sclérose latérale amyotrophique, la dégénérescence des faisceaux pyramidaux se propageant à travers tout l'encéphale par **Kojewnikoff.** 8. Cas de sclérose latérale amyotrophique avec autopsie par **Marie.** 9. Contribution à l'histoire de la maladie de Thomsen par **Marie.** — Psychiatrie. 10. Sur la théorie de la paralysie générale par **Baillarger.** — Therapie. 11. Tilfälde af traumatisk Tetanus med heldig Udgang, meddelt af **Petræus.**

III. Aus den Gesellschaften.

IV. Bibliographie.

V. Vermischtes.

I. Originalmittheilungen.

1. Ueber das Verhalten erkrankter (degenerirter) Nerven und Muskeln gegen magnetelektrische Ströme.

Von **A. Eulenburg.**

Schon vor einem Jahre habe ich, veranlasst durch eine anderweitige, nicht hierhergehörige Beobachtung, das Verhalten der Muskeln gegen magnetelektrische Ströme in zwei Fällen vorgeschrittener EaR (schwere rheumatische Facialparalysen) einer Prüfung unterzogen, jedoch mit negativem Ergebniss, d. h. ich fand, wie ich auch vorher vermuthete, keine Abweichung von dem Verhalten gegen die gewöhnlichen voltaelektrischen Inductionsströme.

Nachdem nun vor einiger Zeit JOLLY[1] über das Verhalten degenerirter

[1] Section für Psychiatrie und Nervenkrankheiten der 56. Naturforscher-Versammlung (vgl. dieses Centralbl. 1883. Nr. 19. S. 454).

Muskeln gegen statische Elektricität Untersuchungen mitgetheilt hat, welche eine gewisse Eigenthümlichkeit der Reaction auf Entladung statischer Elektricität (späteres Verlorengehen derselben als der Reaction für Inductionsschläge) bekundeten, schien es mir von Interesse, die Untersuchungen in Betreff magnetelektrischer Ströme noch einmal aufzunehmen und in einer grösseren Anzahl geeigneter Krankheitsfälle zu wiederholen.

Die Versuche wurden innerhalb der letzten Wochen mit einem von Herrn Instrumentenmacher E. Goldschmidt freundlichst hergegebenen magnetelektrischen (Saxton'schen) Apparate[1] an 14 Kranken meiner Nerven-Poliklinik gemacht, worunter 10 Fälle einfach quantitativer Veränderung (Herabsetzung, resp. Aufhebung der faradischen und galvanischen Nerven-Reizbarkeit, der faradomusculären und galvanomusculären Contractilität), und 4 Fälle von EaR in verschiedenen Stadien.

BOSTON MED. C. LIBRARY ASSOCIATION

Die 10 Fälle quantitativer Veränderung (Herabsetzung, resp. Aufhebung) betrafen schwere periphere und spinale Lähmungen und Amyotrophien verschiedener Art (essentielle Kinderlähmung, progressive Muskelatrophie, Bleilähmung etc.) Ich gehe auf dieselben nicht näher ein, da sie insgesammt das gleiche Resultat darboten: es zeigte sich nämlich die Erregbarkeit für magnetelektrische Ströme der faradischen (voltaelektrischen) Nerven- und Muskelreizbarkeit überall proportional; sie war vermindert oder aufgehoben, je nachdem auch letztere herabgesetzt erschien oder vollständig fehlte.

Auch unter den 4 Fällen von quantitativ-qualitativen Veränderungen (EaR), die zur Untersuchung herangezogen werden konnten, zeigten drei ein dem Anschein nach völlig paralleles Verhalten gegen magnet- und voltaelektrische Ströme. Einer derselben betraf eine schwere rheumatische (einseitige) Facialislähmung; der zweite eine Bleilähmung; der dritte eine durch traumatische Neuritis des Ulnaris bedingte Paralyse einzelner Handmuskeln. Im ersten Falle (Lähmung seit $2^1/_2$ Monaten bestehend) waren faradische und galvanische Nervenreizbarkeit, sowie faradomusculäre Contractilität im Gebiete des rechten Facialis gänzlich erloschen; die galvanomusculäre Contractilität gesteigert, Zuckung träg, KaSZ = AnSZ (beide rechts bei Stromstärke von 0,2—0,3 M. A. links erst bei 1—1,2 M. A.). Hier fehlte also die Erregbarkeit für magnetelektrische Ströme vollständig, auch wenn solche von fast unerträglicher Stärke (durch grosse Häufung der Unterbrechungen) auf die Muskeln, Triangularis, Quadratus menti etc. localisirt wurden. Ebenso bei der Bleilähmung (Fehlen jeder faradischen Reaction im Extensor dig. comm., bei erhöhter galvanomusculärer Contractilität, träger Zuckung und überwiegender AnSZ) und bei der traumatischen Ulnarislähmung (fehlende faradische Reaction; verminderte galvanomusculäre Contractilität, bei trägem Zuckungsmodus ausschliesslich Reaction auf

[1] Derselbe, mit gezahnter Welle und Drehrad versehen, aber ohne Stöhrer'schen Commutator lieferte also abwechselnd gerichtete gleichförmige Inductionsströme von variabler Häufigkeit und entsprechender Stärke.

AnSZ in einzelnen Mm. interossei, namentlich ext. I und IV — also einem sehr vorgeschrittenen Degenerationsstadium in den genannten Muskeln entsprechend).

Anders verhielt es sich dagegen in dem vierten der geprüften Fälle von EaR, einem Falle von schwerer peripherer (rheumatischer) Facialparalyse, der auch sonst durch seinen Verlauf ein gewisses Interesse darbietet, wesshalb ich denselben im Folgenden kurz resumire.

Eine 38jährige Frau (Ida W.) kam am 4. März 1883 mit Lähmung des linken Facialis in poliklinische Behandlung. Die vor 3 Wochen, angeblich auf Grund atmosphärischer Noxe plötzlich entstandene Lähmung war eine complete und totale; Gehör- und Geschmackstörungen bestanden nicht, Zunge und Uvula wichen etwas nach links, Gaumensegel ohne Schiefstellung. Faradische Nerven- und Muskelreizbarkeit gänzlich erloschen (von allen Antlitzmuskeln zuckten nur Masseter und Temporalis), ebenso galvanische Reizbarkeit des Facialis-Stammes und seiner Verzweigungen. Dagegen enorm gesteigerte galvanomusculäre Contractilität mit exquisit verlangsamtem, tetanoidem Zuckungscharakter; KaSZ = AnSZ, beide schon bei 0,1—0,2 M. A.; auch mit schwachen Stromschleifen von der gesunden Gesichtshälfte oder von der Halsgegend aus, sowie mit schwachen labilen Strömen; KaOZ ebenfalls gesteigert, schon bei einer Stromstärke von 0,5—0,6; AnOZ bei 0,7—0,9 M. A. — Die Prognose wurde, diesem Befunde gemäss, ziemlich ungünstig, als die einer schweren Form, gestellt. Die Erscheinungen der EaR nahmen in den nächsten Monaten, ungeachtet der angewandten galvanischen Behandlung, stetig zu; AnSZ wurde > KaSZ, KaOZ erheblich > AnOZ; im Juli war die galvanomusculäre Contractilität überhaupt im entschiedenen Absinken begriffen, Zuckungen erfolgten nur mit nahezu gleich starken oder selbst etwas stärkeren Strömen wie auf der gesunden Gesichtshälfte, waren durch Stromschleifen von der letzteren aus nicht mehr leicht hervorzurufen, zeigten aber ausgesprochen trägen Charakter und Prävaliren der AnS-Reaction; O-Zuckungen nur noch schwer zu erhalten. Die Motilität war ganz aufgehoben, die gelähmte Musculatur, namentlich Unter- und Oberlippe, deutlich atrophisch. — So verhielt sich der Zustand Mitte Juli. Als ich nach den Ferien, beinahe $2^1/_2$ Monate später (am 27. Sept.) die Patientin wieder untersuchte, hatte sich das Bild in erfreulicher und überraschender Weise verändert. Die Motilität hatte sich theilweise wiederhergestellt, das Auge konnte bis auf eine geringe Spalte geschlossen werden; Mund und Nase weniger schiefstehend, Oberlippe noch deutlich verdünnt. In Stamm und Zweigen des gelähmten Facialis zeigten sich Spuren wiederkehrender faradischer Reaction, allerdings noch sehr geschwächt; Zuckungsminimum bei unipolarer Reizung vom N. facialis aus rechts 102 mm, links erst ca. 40 mm, wobei überdies nur ganz schwache und träge Zuckung in Zygomaticus major und Unterlippe; bei directer Muskellähmung keine Reaction selbst auf stärkste Inductionsströme. Galvanische Nervenreizbarkeit der faradischen entsprechend in beginnender Wiederkehr, aber noch relativ gering (KaSZ vom Nerven aus bei 1,5 M. A.); galvanomusculäre Contractilität nicht merklich gesteigert, die Zuckung noch von verlangsamtem, contracturartigem Charakter, AnSZ ziemlich = KaSZ,

AnOZ wieder > KaOZ. — Hiernach konnte mit Sicherheit auf eine bereits zu Stande gekommene und in fortschreitender Entwickelung begriffene Regeneration in Nerv und Muskeln geschlossen werden, obgleich die faradomusculäre Contractilität allerdings noch fehlte, auch in den nächsten Wochen noch nicht erkennbar hervortrat.

Die unter diesen Umständen am 18. und 19. October vorgenommene Erregbarkeitsprüfung mittelst magnetelektrischer Ströme ergab nun Folgendes: Bei unipolarer Reizung (ein Conductor, in Plattenform, in der Hand — der andere, in Form eines ca. $1^1/_2$ cm im Durchmesser haltenden Schwammträgers in loco applicirt) zeigte sich nicht nur an Stamm und Verzweigungen des Facialis, sondern auch an den bisher faradisch gänzlich unerregbar gewesenen Gesichtsmuskeln deutliche Reaction — wenn auch einerseits bedeutend schwächer als an symmetrischen Stellen der gesunden Seite, andererseits von enger begrenztem und zugleich trägerem, contracturartigem Verlaufe.

Um einen vergleichenden Maassstab der Stromstärken zu gewinnen, welche an symmetrischen Stellen beider Seiten zur Reizung erforderlich waren, wurde — da die Stromstärke magnetelektrischer Ströme mit der Umdrehungsgeschwindigkeit bekanntlich zunimmt — diejenige Drehungsgeschwindigkeit des rotirenden Systemes, d. h. die auf die Secunde berechnete Gesammtzahl der (aus den Zähnelungen der Welle und des Drehrades resultirenden) Spiralendrehungen gemessen, welche behufs Hervorrufung der **Zuckungsminima** zur Anwendung kommen musste. Da jeder Vierteldrehung der Spiralen ein Polwechsel im rotirenden Anker und somit ein Richtungswechsel des auf den Körper übergehenden Stromes entspricht, so lässt sich auch durch einfache Multiplication mit vier leicht die Gesammtzahl der sich summirenden einzelnen Stromstösse ermitteln, welche den Schliessungs- und Oeffnungsschlägen der voltaelektrischen Inductionsströme entsprechen. — Die beiden Pole des Hufeisenmagneten waren übrigens, um einen Theil der magnetischen Kraft des letzteren zu binden, während der Versuche durch einen stellbaren Eisenanker geschlossen; der auf den Körper übertragene Strom hatte demgemäss eine nicht schmerzhafte Stärke.

Unter diesen Umständen wurde nun als zur Auslösung der Zuckungsminima nothwendig folgende Rotationsgeschwindigkeit der Axe (in der Secunde) ermittelt:

Ort der Reizung:	Rechts:	Links:
1. Facialisstamm (am For. stylomastoides)	5—6 . .	40
2. Ramus pro M. triangulari et levatore menti	4 . .	16—17
3. M. triangularis, quadratus menti; orbicularis oris . .	6—7 . .	20—30

Die secundären[1] faradischen Ströme der gewöhnlichen Voltainductoren, selbst solche von weit grösserer Schnellschlägigkeit und Intensität, lieferten zu dieser

[1] Vergleichende Prüfung mittelst primärer Inductionsströme wurde leider damals unterlassen. Später zeigten sich dieselben den secundären analog.

Zeit an den gelähmten Gesichtsmuskeln bei directer Application noch keine bemerkbaren Resultate. — Erst 10 Tage später (am 28. October) zeigten sich die ersten Spuren wiederkehrender faradomusculärer Contractilität für die gewöhnlichen (voltaelektrischen) Inductionsströme; es bedurfte zur Auslösung der Zuckungsminima an den genannten Muskeln auf der gelähmten Seite eines Rollenabstandes von 30—45, auf der gesunden eines solchen von 110—120 mm (Zuckung überdies links localisirter und von deutlich trägerem Charakter).

Aus dieser Beobachtung scheint hervorzugehen, dass zwar die Erregung für voltaelektrische und für magnetelektrische Inductionsströme im Allgemeinen parallel verläuft — dass aber doch einzelne Fälle vorkommen, in denen die Erregbarkeit degenerirter Muskeln für magnetelektrische Ströme früher wiederkehrt (vielleicht auch in denselben später erlischt?) als für voltaelektrische. Möglicherweise ist ein derartiger Befund auf gewisse, noch nicht differenzirbare Fälle partieller EaR beschränkt, während er sich bei blos quantitativen Anomalien anscheinend überhaupt nicht, und auch bei EaR jedenfalls nur ausnahmsweise findet. — Uebrigens hat, wie leicht einzusehen, ein derartiges ungleichmässiges Verhalten gegen diese beiden Arten von Inductionsströmen an sich durchaus nichts so Ueberraschendes und Frappirendes, sondern lässt sich vielmehr aus gewissen Verschiedenheiten der Entstehungs- und Wirkungsweise beider Stromarten ungezwungen erklären. Es ist dabei namentlich an die offenbar sehr viel längere Dauer der einzelnen Stromstösse bei den magnetelektrischen Strömen zu denken, da während jeder Vierteldrehung der Spiralen (d. h. während jeder abwechselnden Annäherung und Entfernung derselben gegen je einen Magnetpol) ein allmähliches Entstehen und Verschwinden des Magnetismus im Eisenkern, somit ein allmähliches Anwachsen und Abnehmen der Induction und ein entsprechendes An- und Abschwellen der Stromstärke in den Spiralen stattfindet. Wir wissen nun, nach den Versuchen von Neumann u. A., dass sich der Muskel in einem gewissen Stadium der Degeneration gegen kurzdauernde Reize wesentlich anders verhält, als gegen solche von längerer Dauer; worauf ja das frühere Verschwinden der OZ vor der SZ im Verlaufe der EaR, sowie das Verschwinden der faradischen Reaction bei erhöhter galvanischer wesentlich beruhen. Auch stehen hiermit gewisse ältere Beobachtungen von Hitzig[1] im Einklange, die eine Verschiedenheit der Reaction gegen primäre und secundäre Inductionsströme zu Gunsten der ersteren in gewissen Fällen ergeben; auch hierbei scheint ja die etwas längere Dauer der primären Inductionsströme eine Rolle zu spielen. Nebenbei sei auch an die etwas grösseren elektrolytischen Wirkungen der primären Inductionsströme im Vergleiche zu den secundären, sowie insbesondere der magnetelektrischen Ströme im Vergleiche zu den voltaelektrischen Inductionsströmen erinnert. — Es ist demnach nicht undenkbar, dass in einem Falle gleich dem

[1] Deutsches Archiv für klinische Medicin. V. S. 555. — Die entgegengesetzte Beobachtung, in einem Falle von Poliomyelitis ant., machte merkwürdigerweise Häcker (Petersb. med. Wochenschr. 1882. 40).

hier vorliegenden, bei allmählicher Restitution und wiederkehrender Motilität, auch der Muskel seine Erregbarkeit bereits zurückerlangt habe für Reize von der Einzeldauer und dem Verlaufe der magnetelektrischen Stromstösse, während er dagegen für solche von der Einzeldauer voltaelektrischer Schliessungs- und Oeffnungs-Inductionsschläge noch anscheinend unerregbar verharre. Jedoch dürfte es sich dabei vermuthlich in der Regel (wie auch hier) nur um ein verhältnissmässig kurzes Uebergangsstadium bis zur Wiederkehr der faradomusculären Contractilität auch für primäre und secundäre Voltainductionsströme, handeln. Weitere Prüfungen — namentlich auch ganz frischer Fälle von EaR — müssen darüber entscheiden, ob es sich bei diesen Differenzen der Erregbarkeit gegen verschiedenartige Inductionsströme um einen öfteren Befund handelt, sowie auch ob die hier beobachtete Torpidität der (faradischen) Zuckung dabei ein wesentliches und nothwendiges Begleitphänomen bildet, wonach diese Fälle sich etwa denen der sog. „partiellen EaR mit indirecter Zuckungsträgheit" (Erb) anreihen würden.

---

2. Ueber die Bedeutung der Vacuolenbildung in den Nervenzellen.

Von Dr. **P. Rosenbach,**
Ordinator der Klinik für Nerven- und Geisteskranke von Prof. Mierzejewsky an der medicinischen Akademie zu St. Petersburg.

Im pathologisch-anatomischen Bilde der Myelitis findet man gewöhnlich sogenannte vacuolisirte Nervenzellen, d. h. solche, deren Protoplasma Substanzverluste in Gestalt sphärischer Aushöhlungen bietet. Leyden,[1] Erb[2] und andere die pathologische Anatomie der Myelitis behandelnde Autoren beschreiben die Vacuolisation der Nervenzellen als Ausdruck eines pathologischen Prozesses; Charcot hingegen bemerkt, dass er sich noch nicht davon überzeugen konnte, dass dieser Zustand etwas anderes als ein Artefact sei.[3] Indessen sind in den letzten Jahren die Veränderungen des Rückenmarks studirt worden, die sich bei Intoxication mit verschiedenen Giften, auch beim Hungerzustande, entwickeln. Es wurde dabei an verschiedenen Thieren (Hunden, Kaninchen, Meerschweinchen) ausgebreitete und intensive Vacuolenbildung in den Nervenzellen gleichzeitig mit anderen degenerativ-atrophischen Veränderungen derselben gefunden (Danillo, Popow, Tschycz, Mankowsky, Rosenbach). Ich habe Vacuolisation der Ganglienzellen beim Hungern nicht nur im Rückenmark, sondern auch im Grosshirn, Kleinhirn und in den Spinalganglien beschrieben.[4] Die Autoren, die Unter-

[1] Leyden, Klinik der Rückenmarkskrankheiten. Berlin 1874. Bd. I. S. 76.

[2] Erb, Spec. Pathol. u. Therapie v. Ziemssen. Bd. XI.

[3] Charcot, Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensystems. Deutsche Uebersetzung. 1878. 2. Abth. S. 200.

[4] Rosenbach, Ueber die durch Inanition bewirkten Texturveränderungen der Nervencentren. Neurol. Centralbl. 1883. Nr. 15. Ausführlicher russisch: „Ueber den Einfluss des Hungerns auf die Nervencentren". Dissertation. St. Petersburg 1883.

suchungen über pathologische Prozesse am Centralnervensystem vornahmen, befassten sich selbstverständlich zuvor mit dem Studium des normalen Baues desselben, und keiner von ihnen hat Vacuolenbildung in den Nervenzellen gesunder Thiere beschrieben. Also liegt anscheinend kein Grund vor daran zu zweifeln, dass die Vacuolisation der Nervenzellen ein pathologischer (degenerativ-atrophischer) Prozess ist.

Indessen ist unlängst Richard Schulz, der eine specielle Untersuchungsreihe über arteficielle und cadaveröse Veränderungen des Rückenmarks angestellt hat, auf Grund seiner Untersuchungen zu der Charcot sich anschliessenden Behauptung gelangt, dass die Vacuolenbildung in den Ganglienzellen als eine arteficielle Veränderung aufzufassen sei. „Damit ist natürlich nicht ausgeschlossen", meint er, „dass dieselbe einmal gelegentlich, auch vielleicht sogar oft und sehr ausgebreitet bei Myelitis vorkommen kann, denn entzündete Rückenmarke sind oft schwer zu härten und ganz besonders arteficiellen Veränderungen ausgesetzt."[1] Diese kategorische Behauptung stützt sich auf folgenden Thatbestand: Schulz nahm 20 Leichen, bei denen er ein nicht krankhaft verändertes Rückenmark voraussetzen zu dürfen glaubte und führte die Section in verschiedenen Zeitabschnitten (1—44 Stunden) post mortem aus, indem die während der Section herrschende Temperatur (−2° bis +15½° R.) notirt wurde; die Erhärtung und Bearbeitung der Rückenmarke für die mikroskopische Untersuchung geschah in allen Fällen in der nämlichen Weise. Vacuolenbildung wurde nur in zweien dieser Rückenmarke gefunden: das eine gehörte einem 37jähr. Manne, dessen Autopsie 5 Stunden post mortem (bei 0°) erfolgte, und bei dem sich Schrumpfniere, Lungentuberculose und Hydrocephalus internus vorfand; das andere einem 76jähr. Greise, der 24 Stunden post mortem (bei 14° R.) secirt wurde, und bei dem die Autopsie Pericarditis, Lungenödem, Fettleber, Knorpelplatten auf der Milzkapsel, Granularnieren und Amputation des rechten Knies wegen Kniegelenkentzündung ergab. — Im ersten Fall fand sich Vacuolenbildung in einer Ganglienzelle und war ganz im Beginn; ausserdem erschienen manche der Ganglienzellen hyalin und gequollen, die Neuroglia war mehr verschwommen, schwammig, ohne deutliche Spinnenzellen, die Axencylinder nach der Peripherie des Rückenmarks zu nicht recht scharf contourirt. Im zweiten Fall fanden sich auch nur in einer Ganglienzelle drei schön ausgebildete Vacuolen, doch sonst keine pathologischen Veränderungen, nur „einzelne" Axencylinder nach der Peripherie des Rückenmarks deuteten wieder auf Härtungsverschiedenheiten hin (? l. c. S. 534).

Da manche der von Schulz zum obenbezeichneten Zweck untersuchten Rückenmarke von Personen stammten, die an Typhus, Tuberculose oder anderen Allgemeinerkrankungen verstorben waren, so scheint uns zu allererst die Meinung des Autors, dass an seinen Leichen ein nicht krankhaft verändertes Rückenmark vorauszusetzen war, ungerechtfertigt; wenn er auch in vielen seiner Fälle Vacuolenbildung und andere Veränderungen vorgefunden hätte, so wäre

[1] Richard Schulz, Ueber arteficielle, cadaveröse und pathologische Veränderungen des Rückenmarks. Neurolog. Centralbl. 1883. Nr. 23. S. 534.

er unseres Erachtens doch nicht in der Lage gewesen, die Auffassung, dass dieselben pathologischer Natur seien, zurückzuweisen, da bei Allgemeinerkrankungen eher das Vorhandensein einer Affection einzelner Ganglienelemente zu erwarten ist, als vollständiges Fehlen einer solchen. In der That bemerkt SCHULZ, dass in sechs Rückenmarken bisweilen einzelne, oft viele Ganglienzellen weniger scharf contourirt, verschwommen, von glasigem hyalinen Aussehen ohne deutlichen Kern erschienen; in zwei anderen wurden vereinzelte hyaline und wie sklerosirend geschrumpfte Ganglienzellen beobachtet.[1] Obgleich der Autor bezeichnete Veränderungen in seinen Fällen auch willkürlich für arteficiell, durch verschiedene Härtung bedingt, hält, so bestreitet er wenigstens nicht im Allgemeinen die pathologische Bedeutung derselben, wie er es bezüglich der Vacuolisation thut.

Falls man dagegen zugiebt, dass die in Rede stehenden Rückenmarke nicht krankhaft verändert waren, so führen eben die Ergebnisse der Untersuchungen SCHULZ's zu dem Schluss, dass die Vacuolenbildung in den Nervenzellen kein durch die Härtung bedingtes Artefact ist, da von 20 in ein und derselben Weise erhärteten Rückenmarken 18 gar keine Vacuolisation aufwiesen, und in zweien nur je eine vacuolisirte Nervenzelle gefunden wurde. Wenn die Vacuolenbildung in diesen zwei Zellen durch Härtung bedingt war, so ist es ganz unbegreiflich, wie die Vacuolenbildung nicht in einer grösseren Zellenzahl und in anderen Rückenmarken sich vorfand.

Abgesehen von dieser kritischen Auseinandersetzung sind directe Beweise dafür vorhanden, dass die Vacuolenbildung in den Nervenzellen ein pathologischer, bei Lebzeiten sich entwickelnder und nicht durch Härtung bedingter Prozess ist. Wie schon oben erwähnt, wird an Rückenmarkspräparaten von Thieren, die durch Intoxication mit verschiedenen Giften oder durch Hunger getödtet sind, ausgebreitete und intensive Vacuolisation neben anderen degenerativ-atrophischen Veränderungen der Ganglienzellen beobachtet; doch lassen sich auch aus frischen, nicht erhärteten Präparaten pathologischer Rückenmarke vacuolisirte Zellen isoliren, und eine überzeugende und vortreffliche Abbildung einer solchen isolirten Zelle ist in POPOW's Dissertation[2] (Tafel II, Figur V) veröffentlicht. Ausserdem gelingt es bei sehr bedeutender Vergrösserung sich zu überzeugen, dass die den Vacuolen entsprechenden Aushöhlungen des Protoplasma ein feines unregelmässiges Netzwerk, zuweilen sogar Formbestandtheile (dem Zerfall des Zelleibes entstammend) enthalten. Letztere Thatsachen schliessen die Möglichkeit eines postmortalen Ursprungs der Vacuolenbildung durch Härtung von vorneherein aus.

---

[1] l. c. 1883. Nr. 24. S. 554.

[2] POPOW, Beiträge zur Lehre von der acuten Myelitis toxischen Ursprungs. Dissert. St. Petersburg 1883. (Russisch.) — S. auch POPOW, Virchow's Archiv. 1883. Bd. 93. H. 2. S. 358.

II. Referate.

Experimentelle Physiologie.

1) Riflessi tendinei nei criminali. Nota dei Dott. Marro e Prof. Lombroso. (Arch. di psichiatr. scienze penali ed antropol. crim. 1883. IV. p. 382.)

Verf. haben das Verhalten der Sehnenreflexe bei 226 Verbrechern untersucht und fanden bei mehr als der Hälfte aller Individuen Abnormitäten des Patellarreflexes. Er fehlte völlig bei 3,5 %, auf einer Seite nur bei ebenfalls 3,5 %; er war gesteigert bei 17,2, abgeschwächt bei 14,6, und auf beiden Seiten verschieden stark bei 14,1 %. Normal erschien er daher nur bei 47 %.

Die Einzelheiten, besonders in Bezug auf die Form des Verbrechens, müssen im Original nachgesehen werden; um aber zu zeigen, in wie hohem Grade die Sehnenreflexe unter dem Einfluss hereditärer Belastung, individueller Erkrankung etc. abnorm werden, mag die folgende vom Ref. aus den zerstreuten Angaben der Verff. zusammengestellte Tabelle hier noch einen Platz finden.

Es waren unter den Individuen mit:	normalem Reflex	vermehrtem Reflex	ungleich starkem Reflex	schwachem Reflex	fehlendem Reflex
selbst normal . .	75,5 %	62,7 %	62,6 %	54,5 %	37,5 %
selbst neuropsychopathisch excl. Epilepsie	0	2,5 %	6,2 %	0	12,5 %
selbst epileptisch .	3,77 %	0	0	15,15 %	18,75 %
belastet durch Alcoholismus der Eltern	12,26 %	14,28 %	21,87 %	12,12 %	12,5 %
belastet durch Psychosen der Eltern	8,49 %	20,51 %	9,37 %	18,18 %	18,75 %

Sommer.

---

2) Disappearance of the tendon reflex, without ascertainable pathological basis by E. C. Spitzka. (Am. Journ. of Neurol. and Psychiatry. 1883. p. 514.)

Ein 32jähr. Arzt, nie luetisch, vom 18. bis 22. Jahre sehr starker Potator mit mehreren deliriumartigen Anfällen, seitdem aber nüchtern, verheirathet und Vater von 4 Kindern, konnte in seiner Jugend mit grosser Leichtigkeit das Kniephänomen, das damals noch nicht medicinisch verwerthet wurde, an sich selbst produciren. Mit Sicherheit wusste er, dass es noch im 17. Jahre vorhanden gewesen war, und er war daher sehr überrascht, es im 25. Jahre, als seine diagnostische Bedeutung bekannter wurde, nicht mehr hervorrufen zu können. Seitdem sind 7 Jahre verflossen, ohne dass eine spinale oder sonstige Erkrankung bemerkbar geworden sei.

(Nach des Ref. Ansicht stehen aber mit dieser Behauptung mehrere Symptome, die Spitzka selbst anführt, in auffallendem Widerspruch. So giebt Verf. selbst an, der betreffende Patient habe einen eigenthümlichen „wippenden" Gang (im englischen Original ist dieses deutsche Wort gebraucht!); er habe ferner beim Gehen ein Gefühl von Steifigkeit in den Unterextremitäten, und leide öfters an krampfhaften Zuckungen im Gastrocnemius; ja, wenn er in die auf dem Fussboden stehenden Schlafschuhe hineinschlüpfen wolle, so werde häufig der betr. Unterschenkel spastisch nach oben geschleudert, als ob er auf eine Nadel getreten hätte! Ferner geht Pat. im Dunkeln

vorsichtiger, er schwankt bei geschlossenen Augen, und eine Herabsetzung der Potenz scheint vorhanden zu sein.)

Den eigenthümlichen Gang haben sämmtliche männlichen Kinder des Pat. geerbt; über deren Sehnenreflexe ist leider nichts gesagt. Sommer.

Pathologische Anatomie.

3) **Ueber Veränderungen des Rückenmarks in Folge von Dehnung des N. ischiadicus** von M.me Tarnowskaja. (Mitgetheilt in der Sitzung der St. Petersburger psychiatrischen Gesellschaft am 10./22. Dec. 1883. Russisch.)

Eine experimentell-histologische Arbeit, ausgeführt im klinischen Laboratorium des Prof. Mierzejewsky. Es wurde an Kaninchen ein blossgelegter N. ischiadicus vermittelst eines dynamometrischen Hakens mit bestimmter Kraft gedehnt, und die operirten Thiere nach verschiedenen Zeiträumen getödtet. Nach der Operation stellte sich temporär Parese oder Lähmung der operirten Extremität ein, mit Entartungsreaction der Muskeln. Im gedehnten Nervenstamme fanden sich je nach der Stärke der Dehnung mehr oder weniger ausgebreitete degenerative Veränderungen.

Im Rückenmark erwies die mikroskopische Untersuchung Folgendes: Wenn die Stärke der Dehnung nicht 2 Kilogramm erreichte, blieb das Rückenmark unverändert, doch falls die Dehnung mit einer Kraft von 2—5 Kilo ausgeführt war, so fanden sich im Lendentheil des Rückenmarks regelmässig Hyperämie mit punktförmigen Hämorrhagien in der grauen Substanz (vorzüglich in den Hinterhörnern), Proliferation der Neurogliazellen, Anfüllung des Centralkanals mit plastischem Exsudat, und Bindegewebswucherung nebst Schwund der Nervenfasern in dem der operirten Seite entsprechenden Hinterstrang. Hatten die Kaninchen die Operation 4 Wochen und länger überlebt, so liessen sich ausserdem an der operirten Seite deutliche Verminderung des Hinterhorns und Hinterstrangs, Atrophie der hinteren Wurzeln, zum Theil auch Schwund und Degeneration der Nervenzellen im entsprechenden Vorderhorn wahrnehmen.

Bezeichnete Veränderungen des Rückenmarks werden von der Verfasserin als eine durch die Nervendehnung bewirkte traumatische Reizung desselben angesehen; die Atrophie des Hinterhorns, Hinterstrangs und der hinteren Wurzeln an der operirten Seite führt sie auf partielles Zerreissen der Nervenfasern zurück, welche in verschiedener Höhe in das Rückenmark ein- und aus demselben austreten.

P. Rosenbach.

Pathologie des Nervensystems.

4) **Notes on three cases of cerebellar disease** by Thomas Oliver. (Journal of Anatomy and Physiology. 1883. July. p. 484.)

Drei Fälle von Cerebellar-Erkrankung, wovon zwei mit Sectionsbefund.

1) 4jähr. Knabe, vor 2 Monaten rücklings auf den Kopf gefallen; am folgenden Tage taumelte Pat. und konnte kaum gehen. Gelegentliches Erbrechen, häufiger Kopfschmerz. Unfähigkeit zum Stehen; auf die Füsse gestellt fiel Pat. rückwärts. Später Convulsionen, völlige Erblindung (ophthalmoskopisch nur Blässe der Papille). Tremor in Armen und Beinen. Rascher Wechsel der Gesichtsfarbe; tâches cérébrales. Muskelrigidität; Kniephänomen gesteigert. Zeitweise verlangsamte Respiration, bis auf 12 in der Minute. Pupillen dilatirt, aber ungleich; Conjunctiva empfindungslos. Tod schliesslich unter Coma. Die Section ergab nun im Cerebellum, und zwar im mittleren Lappen desselben, eine Veränderung; dieser ganze Lappen von einer weichen gelatinoiden Geschwulst eingenommen, die sich mikroskopisch als Gliom herausstellte.

2) 18jähr. Mann, am 4. Oct. 1882 mit Schmerzen im Hinterkopf, Nacken und Augäpfeln aufgenommen, die vor 3 Jahren nach einem Fall auf den Hinterkopf zuerst aufgetreten sein sollen. Seit 3 Wochen Schwindel, Neigung zum Vorwärtsfallen. Der sehr heftige, anhaltende Kopfschmerz führt gewöhnlich zu Erbrechen. Beide Opticuspapillen äusserst blass, fast weiss. Patellarreflex verstärkt (besonders links). Beim Versuche zu gehen taumelt Pat. etwas nach beiden Seiten, kann sich aber gut umdrehen und mit geschlossenen Augen stehen und gehen. Scheinbare Besserung unter Bromkaliumgebrauch. Am 17. Oct. plötzlich ein Anfall von sehr heftigem Kopfschmerz, in welchem Pat. zurück fiel und todt war. Die Section ergab eine Erweichung, die sich vom linken Corpus dentatum bis in die rechte Kleinhirnhälfte erstreckte, einen Theil der rechten Kleinhirnhemisphäre umfasste, aber das Corpus dentatum der letzteren intact liess. Innerhalb des erweichten linken Lappens ein grauröthlicher Fleck; derselbe bestand mikroskopisch nur aus Rundzellen, ohne eine Spur von Stroma (Sarcom).

3) 34jähr. Mann, litt im October 1882 an Sprachlosigkeit, Unfähigkeit zum Stehen und Gehen, hochgradiger Ataxie in Armen und Beinen, Neigung rückwärts zu fallen. Der Sprachverlust war vor 18 Monaten plötzlich, ohne Bewusstseinsstörung, aufgetreten, gleichzeitig mit Schwäche im linken Arm und Bein; die Erscheinungen gingen allmählich zurück. Seit 2 Wochen heftiger Kopfschmerz, Erbrechen, und Sprachstörung, ohne sonstige Erscheinungen paralytischer Art. Patellarreflex gesteigert; Pupillen dilatirt; Pat. konnte ohne Hülfe nicht stehen und gehen, und fiel bei geschlossenen Augen um. — Unter Jodkaliumgebrauch besserte sich die Sprache, der Gang blieb atactisch. Pat. gab zu, vor 8 Jahren an Syphilis gelitten zu haben. — O. vermuthet einen Bluterguss im mittleren Lappen des Cerebellum.

A. Eulenburg.

---

5) **Contribuzione alla fisio-patologia cerebellare** del Scarpi. (Italia medica. 1883. XVII. Serie 2a. Nr. 37. p. 292.)

Knabe von 14 Jahren. Keine Heredität. Seit dem 11. Jahre intermittirende, alle 7—8 Tage für einige Stunden auftretende heftige Kopfschmerzen in der Hinterhauptsgegend, die sich bisweilen mit Erbrechen verbanden. Im 13. Jahre trat neben einer rechtsseitigen Skoliose und zunehmender Taubheit des rechten Ohres die Neigung auf, den Kopf auf die rechte Schulter zu beugen. Am 27. März 1881 plötzlich intensive Kopfschmerzen, Erbrechen, klonische und tonische Krämpfe, Coma; nach einer Stunde Exitus letalis. Bei der Section fanden sich die Zeichen hochgradigen Hirndruckes (Herausquellen des Hirns, starke Spannung der Meningen, Erweiterung der Ventrikel) und als Ursachen desselben in der Gegend der rechten Kleinhirnhemisphäre 3 fast hühnereigrosse Cysten, von denen die eine einen starken Druck auf den rechten Acusticus ausübte, während eine andere sich vom Pons durch das Hinterhauptsloch noch 3 cm weit in den Wirbelkanal hineinerstreckte und die Medulla oblongata comprimirte. Von der rechten Kleinhirnhemisphäre war keine Spur mehr erhalten. Den Inhalt der mit einander communicirenden Cysten bildete eine gelbliche, durchscheinende Flüssigkeit. Als Ausfallssymptom ist Verf. geneigt, die Rechtsbeugung des Kopfes aufzufassen, indem er das Kleinhirn als ein Reflexcentrum zur Regulirung der normalen Kopfhaltung betrachtet; durch Ausfall gewisser Muskelgruppen sollen dann die Antagonisten das Uebergewicht erhalten. Die übrigen Symptome werden (gewiss mit Recht) als Folgen der lokalen und allgemeinen intracraniellen Drucksteigerung aufgefasst und sind somit für die Pathologie des Kleinhirns nicht näher zu verwerthen.

E. Kräpelin.

---

6) **Encéphalite parenchymateuse limitée de la substance grise, avec épilepsie partielle comme syndrome clinique** par Danillo. (Arch. de Neurol. No. 17. p. 217—236 et pl. VI.)

Der hier beschriebene Befund wurde erhoben an dem Gehirn eines 22jähr. Mädchens, das seit dem 5. Lebensjahre an überaus häufigen Anfällen partieller linksseitiger Epilepsie — Krämpfen in Arm, Bein und linker Gesichtshälfte, mit darauffolgender vorübergehender Lähmung ohne Bewusstseinspause — gelitten hatte. Die rechte Hemisphäre war viel voluminöser wie die linke; erstere wog 675 Gramm, letztere 547. Die Hypertrophie betraf vorwiegend den Stirnlappen und in diesem einen der Wurzel der oberen und mittleren Stirnwindung angehörigen Abschnitt im Grunde der I. Stirnfurche. Hier ist der Durchmesser der grauen Rinde doppelt so gross (8 mm) als am identischen Ort der linken Hemisphäre, und tritt auf Durchschnitten die Rinde 3 mm über das Niveau der Marksubstanz. In diesem Bezirk ist ein Theil der Ganglienkörper aller Schichten Veränderungen eingegangen, die als Schwellung, Vergrösserung des Kerns, Vacuolenbildung, Schwund der Fortsätze beschrieben und abgebildet worden. Neben diesen Veränderungen der Zellen finden sich solche der Neuroglia. Verdichtung ihres Maschennetzes, Vermehrung der Kerne, Entwickelung von Spinnenzellen, Erweiterung der Subadventitialräume der Gefässe, Anfüllung derselben mit lymphoiden Elementen, Anschwellung und Vermehrung der Kerne in den Gefässwänden.

Da nun D. diese interstitiellen Prozesse nur neben den höchsten Graden der Metamorphose der Ganglienzellenkörper fand, nicht aber neben den Anfangsstadien derselben, so erblickt er das Primäre des Prozesses in der Veränderung der Ganglienkörper und nennt ihn deshalb parenchymatöse Encephalitis. Die Marksubstanz dieser Partie war bis auf einen kleinen hämorrhagischen Erweichungsherd normal.

Tuczek.

---

7) **Cas de sclérose latérale amyotrophique, la dégénérescence des faisceaux pyramidaux se propageant à travers tout l'encéphale** par Kojewnikoff. (Arch. de Neurol. No. 18. p. 356—375 et pl. VI. VII. VIII.)

Klinisch bot der durch vorzeitigen Tod in Folge von Lungenphthise abgeschlossene Fall von amyotrophischer Lateralsklerose nichts Besonderes: ziemlich plötzlicher Beginn des Leidens mit Schwäche in den Unterextremitäten, Muskelrigidität, Verstärkung der Sehnenphänomene, Spinalepilepsie; allmählicher Uebergang auf die Musculatur des Rumpfes und der Oberextremitäten, ohne Störungen der Sensibilität, der Intelligenz, der Function der Hirnnerven; gegen das Lebensende mässige Atrophie der Musculatur des Thenar und Antithenar. Gesammtdauer der Affection etwa $3^1/_2$ Jahre.

Es fand sich beiderseitig symmetrische Sklerose der Pyramidenseitenstrangbahnen in ihrer ganzen Ausdehnung. Dieselbe liess sich — an der Hand der Körnchenkugeln — verfolgen durch die Pyramiden der Oblongata — in ihrem gesammten Querschnitt —, durch die Längsfaserbündel der vorderen Brückenabtheilung in den Hirnschenkelfuss. Die weitere Ausdehnung des Prozesses nach aufwärts wurde in der Weise festgestellt, dass Horizontalschnitte durch die Grosshirnhemisphären, in verschiedenen Höhen gelegt, an zahlreichen Stellen auf Körnchenkugeln untersucht und die Befunde in der Weise registrirt wurden, dass die positiven Fundorte als, je nach dem Reichthum an Körnchenkugeln, mehr oder weniger dunkel schraffirte Kreise in die Figur des Schnittes eingetragen wurden. Von einer nachträglichen Untersuchung an Schnitten des gehärteten Präparates wird Nichts berichtet; besonders exact ist die Methode nicht, da der Umfang der degenerirten Partie mit dem Körnchenkugeln enthaltenden Bezirk nicht zusammenzufallen braucht (Ref.). K. findet die Degeneration in der inneren Kapsel beiderseits symmetrisch innerhalb des 3. Viertels (vom Knie an gerechnet) des hinteren Schenkels; sie steigt dann gegen die Rolando'sche

Furche auf und lässt sich verfolgen in den oberen Abschnitt der Centralwindungen, besonders der vorderen, deren graue Rinde sie erreicht, ebenfalls beiderseits symmetrisch; in letzterer selbst fanden sich keinerlei Veränderungen. Auch die Ganglienkugeln in den Vorderhörnern des Rückenmarks erwiesen sich — bis auf geringe etwas zweifelhafte Veränderungen im Halsmark — intact, ebenso wie die Kerne in der Oblongata. In den vorderen Wurzeln des unteren Halsmarks und in den Nn. medianus und ulnaris fand sich eine ganz mässige Degeneration und Atrophie einzelner Fasern, ebenso war Atrophie einzelner Bündel der Interossei und der Muskeln des Thenar und Antithenar zu constatiren.

Das Hauptgewicht legt Verf. mit Recht auf die nachgewiesene continuirliche Degeneration beider Pyramidenbahnen von ihrem Anfang in den Centralwindungen bis zu ihrem Ende im Lendenmark. — Dieselbe ist eine partielle, wie nach dem klinischen Befund — die Gesichts- und Halsmusculatur war frei, die der Oberextremitäten und des Rumpfes mässig afficirt, die der Unterextremitäten nicht völlig gelähmt — zu erwarten war. Im Uebrigen ist der Befund eine beim Erwachsenen bisher seltene Bestätigung des von Flechsig mit Hülfe der Entwickelungsgeschichte festgestellten Verlaufs der Pyramidenbahnen. Tuczek.

---

8) Cas de sclérose latérale amyotrophique avec autopsie par Marie. (Compt. rend. général. 1884. 2. Janv. Société de Biologie séance 1883. 29. Déc.)

Klinische Erscheinungen bei einer Frau: Obere Extremitäten sehr erheblich atrophisch; an allen 4 Extremitäten spontaner oder provocirbarer spastischer Zustand, erhebliche Steigerung der Sehnenreflexe. Mikroskopische Untersuchung: frisch: Die grossen motorischen Zellen der Vorderhörner sind verschwunden. Körnchenkugeln im Rückenmark wie im Hirn, hier besonders in der Brücke und Capsula interna und den motorischen Gyris. Das Verschwinden der Zellen längs des Pyramidenstrangs spricht für die Systemerkrankung, wie sie Charcot annimmt. Der Tod erfolgte in diesem Fall durch Decubitus und Septicaemie. M.

---

9) Contribution à l'histoire de la maladie de Thomsen (spasme musculaire au début des mouvements volontaires), par le Dr. Pierre Marie. (Revue de médecine. 1883. Décembre p. 1064.)

Marie und Ballet haben im Januar 1883 den ersten in Frankreich beobachteten und diagnosticirten Fall von Thomsen'scher Krankheit (Myotonia congenita) veröffentlicht (Archives de Neurologie). In der vorliegenden Arbeit giebt M. zunächst ein ausführliches Referat über diejenigen deutschen Arbeiten, welche in der früheren Veröffentlichung noch nicht berücksichtigt wurden, und knüpft hieran die Beschreibung einer neuen eigenen Beobachtung an.

Ein 31jähr. Kaufmann leidet seit frühester Kindheit an einer eigenthümlichen Starrheit der Beine, welche jedesmal eintritt, wenn er mit den Beinen und dem Rumpf nach vorhergegangener Ruhestellung irgend eine Bewegung ausführen will. Nach Verlauf einiger Augenblicke lässt die Steifigkeit wieder nach und die Bewegung kann dann in normaler Weise ausgeführt werden. In den Armen und in den Gesichtsmuskeln bestehen keine ähnlichen Störungen. Sonstige nervöse Erscheinungen sind nicht nachweisbar, nur leidet Pat. von Zeit zu Zeit an kurzdauernden klonischen Krampfanfällen in der rechten Körperhälfte, welche den Eindruck leichter partiell-epileptischer Anfälle machen. Der Kranke ist von allgemein reizbar-nervöser Constitution. Eine Schwester desselben hat an einem ähnlichen Zustande gelitten, scheint davon aber dauernd geheilt zu sein.

M. fasst den Fall als einen zwar etwas ungewöhnlichen, aber doch zur Thomsen'schen Krankheit gehörigen auf. Ob die epileptiformen Anfälle direct zur Krankheit gehören oder eine Complication bilden, lässt er unentschieden.

Strümpell.

Psychiatrie.

10) Sur la théorie de la paralysie générale par Baillarger. (Annales médico-psychologiques. 1883. Janvier—Novembre.)

Die sehr ausführliche und interessante Arbeit stellt der unitären Theorie über das Wesen der allgemeinen Paralyse eine dualistische entgegen. Nach dieser wäre Dementia paralytica und paralytischer Irrsinn (folie paralytique) etwas Grundverschiedenes und keineswegs nach der Auffassung der Unitarier verschiedene Aeusserung desselben Leidens.

In geschichtlicher Beziehung erinnert Baillarger daran, dass Bayle, der Vater der unitären Theorie, ursprünglich feststellte, dass eigentlich paralytische Symptome sich nicht in allen Formen des Irrsinns, sondern nur in den, mit Grössenwahnideen einhergehenden, zeigten. Er nannte jene Form daher monomanie ambitieuse avec paralysie. — Parchappe gab der gleichen Form den Namen folie paralytique.

I.

Nach der unitären Theorie gehören zur allgemeinen Paralyse die Folie, die Demenz und Lähmung als constante Symptome. Die Dementia paralytica wäre also nicht eine consecutive, sondern immer eine primäre Form. Nun kann der Beginn des Leidens sich aber ebensowohl durch Manie als durch Melancholie äussern. Bei manchen Kranken können beide Formen sogar aufeinanderfolgen. Dieser Thatsache gegenüber müssen die Anhänger der unitären Theorie die entgegengesetzte Aeusserung der Anfangsstadien durch Manie und Melancholie auf denselben pathologisch-anatomischen Zustand im Hirn beziehen.

Baillarger resumirt als Grundlagen der unitären Theorie:

1. Die allgemeine Paralyse äussert sich durch drei verschiedene Erscheinungen, den Irrsinn, die Demenz und die Lähmung.
2. Die allgemeine Paralyse ist eine paralytische Geistesstörung und eine primitive Form.
3. Die Symptome der allgemeinen Paralyse, Irrsinn, Demenz und Lähmung, müssen auf eine organische Störung der nervösen Centren, vorwiegend der Vorderlappen des Grosshirns, bezogen werden.

II. Die dualistische Theorie.

Baillarger will die Dementia paralytica von der Folie paralytique als Form durchaus unterschieden wissen und stellt das „délire" als ein accessorisches Symptom der durch Demenz und Lähmung charakterisirten Krankheit hin.

Die allgemeine Paralyse wäre danach eine eigentliche paralytische Demenz, stets unheilbar und basirend auf einer Periencephalitis mit Degenerescenz der Ganglienzellen und mit Sklerosevorgängen.

Die Folie paralytique hingegen kann sich durch Manie und durch Melancholie äussern. An beide Formen heften sich die bekannten somatischen Erscheinungen, Stammeln und Unsicherheit der Sprache, Ungleichheit der Pupillen etc. Die Intensität der meist hypochondrischen Melancholie kann sehr verschieden sein und bis zum Stupor gehen. — Die Läsionen, welche der Folie paralytique zu Grunde liegen, hebt B. nicht weiter hervor. Er behauptet, dass diese nicht schlechter und nicht besser bekannt seien, wie diejenigen, welche den einfachen Formen der Manie resp.

Melancholie zu Grunde lägen. Wohl ist aber der Zusammenhang zwischen der Folie paralytique und den Congestivstössen zu untersuchen. Thatsächlich beruht das Anfangsdelirium der allgemeinen Paralyse vorwiegend auf dem Congestivzustande (Bayle). Zahlreiche Beobachtungen beweisen diesen Zusammenhang. — Andere Autoren haben sich dieser Auffassung sehr genähert, so Dagonet, Nasse, letzterer durch die Aufstellung der allgemeinen Pseudoparalyse alcoholischen Ursprungs. — Dass eine Verschiedenheit in der Grundlage der beiden Formen, des paralytischen Irrsinns und der Dementia paralytica anzunehmen sei, beweisen die temporären und dauernden Heilungen, welche immer nur die ersten Erscheinungen der Folie paralytique betreffen. Diese geht häufig der echten allgemeinen Paralyse vorauf; die letztere muss folgerichtig als secundäre Form aufgefasst werden.

Wenn man von maniakalischen und melancholischen Formen der allgemeinen Paralyse spricht, so sind das also nicht, wie meist angenommen wird, einfache, sondern vielmehr complicirte Formen.

III.

1. Die Pseudoparalyse.

Durch die Annahme der allgemeinen Pseudoparalyse ist zu der schon complicirten Sache noch ein Kapitel mehr hinzugekommen. Wenn der Beobachtungen auch noch nicht sehr zahlreiche sind, so konnte B. doch 15 Krankengeschichten sammeln, aus denen hervorgeht, dass die periencephalitischen Läsionen bei Kranken fehlen können, welche mehr oder minder lange Zeit die psychischen und somatischen Erscheinungen der allgemeinen Paralyse dargeboten hatten. Selbst mikroskopische Veränderungen der kleinsten Gefässe, mit Ausnahme der Zeichen von Hyperämie, können fehlen (Mendel).

Es bleibt daher nichts anderes übrig, als anzunehmen, dass, selbst wenn die Erscheinungen der allgemeinen Paralyse ein Jahr und länger bestanden haben, diese dennoch nicht mit Bestimmtheit auf organische Vorgänge in der Hirnrinde bezogen werden dürfen, sondern sich durch einfache circulatorische Störungen erklären lassen. Erinnert man sich nun daran, dass die Folie paralytique dieselben Symptome, denselben Verlauf, dieselbe Intermittenz und Transformationen zeigen kann, wie die einfachen Irrsinnsformen, so bleibt nur noch anzunehmen, dass der ersteren überhaupt keine essentiellen Veränderungen organischer Natur zukommen.

Alle diese Thatsachen sind selbstverständlich ebensoviel Anklagen gegen die unitäre Theorie und sprechen für die Selbstständigkeit der Folie paralytique. Verf. meint, dass dieses in gleicher Weise der larvirten Paralyse Westphal's zu Gute komme, wie viele andere bisher nicht genügend erklärte Erscheinungsweisen der Paralyse durch die Annahme der neuen Form eine Erklärung fänden.

2. Die allgemeine Paralyse ohne Sprachstörung.

Das erste Symptom, nach welchem der Arzt in einem der Paralyse verdächtigen Falle sucht, ist die Sprachstörung.

Doch giebt es Fälle, zumal prolongirt verlaufende, in denen die Sprachstörung fehlte, während alle oder die meisten sonstigen Symptome der Paralyse vorhanden waren. Daneben gab es andere, in denen die somatischen Erscheinungen fast ganz fehlten, sodass die Paralyse nur durch die psychischen Erscheinungen charakterisirt war (Westphal's latente Formen).

Waren nun die Fälle, in welchen die Sprachstörung fehlte, Paralysen? Die Vertreter der unitären Theorie haben nun die Wahl, diese Fälle der allgemeinen Paralyse oder der einfachen Geistesstörung zuzuweisen. Von den letzteren unterscheiden sich die in mehreren Krankengeschichten citirten Krankheitsfälle doch sehr

erheblich durch das Vorhandensein der übrigen für die Paralyse charakteristischen Symptome.

Es zeigt sich daher, dass das Fehlen eines einzelnen Symptoms nicht genügt, um daraus über die Qualität des Krankheitsfalls zu entscheiden.

Nach der Auffassung der Unitarier müssten daher alle die citirten Fälle, weil sie nicht zur einfachen Geistesstörung gerechnet werden können, der allgemeinen Paralyse hinzugewiesen werden.

Dagegen lassen sich nun schwere Einwände erheben: nämlich die Beobachtungen über das oben erwähnte zweifellos vorhandene Vorkommen der Pseudoparalysis generalis, welche durch einfache circulatorische Störungen in der Hirnrinde erklärt werden kann (s. oben).

In den Fällen, in welchen die Paralyse nur oder fast nur durch psychische Symptome sich kennzeichnete, hat man daher in noch grösserem Maasse das Recht, die periencephalitischen Störungen zu leugnen.

Zum Beweise werden 5 Krankengeschichten eingeschoben, in denen auch Sprachstörungen fehlten. Periencephalitische Erscheinungen fanden sich in keinem dieser Fälle, ob die Dauer der Krankheit eine längere oder kürzere war. In Fällen scheinbarer völliger Heilung, wie in einem Falle Brunel's, welcher nach 6monatlicher schwerer Tobsucht zur Genesung kam und in welchem keine Sprachstörung vorlag, darf man denn doch wohl nicht von Heilung einer „pericebritis" sprechen! Dem gegenüber wird an die weise Vorsicht Nasse's erinnert, welcher keine Paralyse ohne Vorhandensein der Sprachstörung annehmen wollte.

Welcher Form sollen denn nun diese Krankheitsfälle zugewiesen werden?

Für die Unitarier sind derartige Kranke nicht paralytisch, sie können daher nur an einfachem Irrsinn leiden. Zumal kann man diese Krankheitsfälle auch nicht der Pseudoparalyse zuschreiben.

Manche Autoren haben daher angenommen (Delasiauve, Calmeil), dass diese Patienten von der Paralyse nicht ergriffen, sondern „bedroht" waren.

Dieser Unklarheit setzt Baillarger nun die dualistische Theorie entgegen.

Alle diese Fälle, welche von „einer Attaque der Pericebritis genesen" sein sollen, oder von der allgemeinen Paralyse „bedroht" waren, gehören nach seiner Auffassung zur Folie paralytique.

3. Von dem „délire paralytique" bei der einfachen Geistesstörung.

Aus dem Bisherigen ergab sich, dass das Fehlen eines einzelnen Symptoms der Anfangserscheinungen allgemeiner Paralyse, auch nicht das Fehlen der Sprachstörung genügen würde, um deshalb die Diagnose dieser Krankheitsform auszuschliessen.

Welche Diagnose soll man nun ferner bei Maniakalischen stellen, welche verwirrten und zusammenhanglosen Grössenwahn zeigen, sowie bei den Melancholischen, welche hypochondrische, übertriebene, absurde Wahnvorstellungen vorbringen? Man nahm bis jetzt an, dass paralytisch gefärbte Grössenideen bei der einfachen Manie vorkommen können, zumal wenn diese alcoholischen Ursprungs ist (Marcé, Dagonet, A. Voisin).

Baillarger sieht das Vorkommen völlig paralytisch gefärbter Grössenwahnvorstellungen bei der einfachen Manie und selbst bei alcoholischen Formen als ein viel bedenklicheres Symptom an. Das zeige die Häufigkeit der Rückfälle dieser Störungen zumal in ausgesprochene Paralyse, welche bei der einfachen Manie in dieser Weise ungewöhnlich sei. Er fragt, ob man bezüglich der weiteren Prognose jemals zwei von Manie geheilt Entlassene, deren einer Grössenwahnideen geäussert habe, während der andere die gewöhnlichen Erscheinungen einfacher Manie darbot, gleichstellen werde? Aus der Unmöglichkeit, den ersteren Fall schon der allgemeinen Paralyse zuzuweisen, ebensowenig wie man wagen dürfe, ihn als einfache Manie zu

bezeichnen, zieht B. den Schluss, dass diese Schwierigkeit der Classification nur durch Annahme der dualistischen Theorie zu umgehen sei.

4. Die Folie à double forme und die allgemeine Paralyse.

Verwechslung der Anfangsstadien beider Formen sind möglich (Régis).

Aus weiteren Krankengeschichten, von denen die von Renaudin mitgetheilte hervorzuheben ist, schliesst B., dass in den Fällen der sogenannten Paralysie à double forme die schwersten Erscheinungen der allgemeinen Paralyse vorkommen, während deren späteres völliges Verschwinden und das Wiederauftreten der Intelligenz doch verbieten, diese Symptome auf die Zerstörungen einer diffusen, chronischen Periencephalitis zu beziehen. Es kann sich also nur um ein Vortäuschen paralytischer Symptome durch eine Folie à double forme handeln, was ein neuer Beweis für die Unabhängigkeit dieser Symptome von der Periencephalitis chronica diffusa sein würde.

5. Die alcoholische Pseudoparalyse.

Es wird mit Nasse die Frage aufgeworfen, ob man die Fälle von Heilungen bei Paralysen alcoholischen Ursprungs wirklich als Heilungen echter Paralyse anzusehen habe. Nasse entschied sich bekanntlich, diese Fälle als Pseudoparalysen zu bezeichnen. Die Antwort Baillarger's fällt im Wesentlichen im Sinne der Beantwortung vorstehender Frage (Nr. 4) aus.

Er meint: man findet bei einigen Kranken, welche auf Grund alcoholischer Excesse irrsinnig wurden, sämmtliche Zeichen der Anfangsstadien allgemeiner Paralyse. Diese können mehrfache Anfälle der Krankheit durchmachen, aber schliesslich genesen.

Andere erliegen, und bei diesen finden sich nicht die für die Paralyse charakteristischen periencephalitischen Veränderungen des Gehirns vor.

Ferner kommen Ausgänge in einfachen chronischen Irrsinn und einfache Demenz, ohne Lähmungen vor. — Diese Facta können zu Gunsten der Existenz der Pseudoparalyse angerufen werden, welche man gleichmässig, sowohl von der einfachen alcoholischen Irrsinnsform, als von der allgemeinen Paralyse, unterscheiden müsste.

Auch diese Ueberlegung vermehre demnach die Zahl der Folies paralytiques, welche unabhängig von Periencephalitis chronica diffusa auftreten könnten.

6) Ausgang der allgemeinen Paralyse in einfache Demenz ohne Lähmung.

Derartige Fälle, in welchen nach 3—4monatlicher Dauer der Initialsymptome einfache Demenz, ohne paralytische Symptome, persistirte, welche nunmehr 10—20 Jahre unverändert andauern kann, sind nach Baillarger häufiger, als gemeiniglich angenommen wird. Nach seiner Meinung sind diese Fälle aber irrthümlich als Paralysen bezeichnet werden. Es könne sich nur um eine Folie paralytique gehandelt haben, oder wenn man sie annehmen will, eine Pseudoparalyse.

Zu Fällen dieser Art rechnet B. diejenigen latenter Paralyse Westphal's. Verschiedene französische Autoren hatten das mehrfache Vorkommen dieses Krankheitsverlaufs in den Anstalten constatirt (in Charenton allein 12—15 Kranke dieser Art).

Auch diese Fälle seien von der allgemeinen Paralyse gewöhnlichen Verlaufs zu trennen.

7. Remissionen der allgemeinen Paralyse.

Dieselben sind nach B. folgerichtig nichts anderes, als eine Trennung der beiden von ihm unterschiedene Krankheitsäusserungen, der Folie paralytique, welche verschwindet und der Dementia paralytica, welche andauert.

Aus einer Reihe mitgetheilter Beobachtungen geht diese Persistenz der Dementia

paralytica, wenn sie vielfach auch nur andeutungsweise erschien, gegenüber dem Nachlass des „délire“ hervor. Die leichte und nachgewiesen häufige Trennung der beiden Krankheitsäusserungen, lasse sich nur durch die Annahme eines eigenen Charakters jeder der Beiden erklären.

Zweifellos können die Läsionen der Dementia paralytica primitiven Ursprungs, wenn sie dem Ausbruch der Folie paralytique vorausgingen, diese auch hervorrufen.

Ist die Folie paralytique einmal ausgebrochen, so bleibt sie nicht in directer Abhängigkeit von den Läsionen der Dementia; sie kann für sich bestehen und verschwinden.

8. Die Heilung der allgemeinen Paralyse.

Das Vorkommen derselben ist selten aber erwiesen, erst neuerdings von Mendel.

Die Unitarier müssen die Heilung als ein Zurückgehen der periencephalitischen Störungen erklären, sonst bliebe nur die Möglichkeit der Annahme einer Pseudoparalyse.

Die Stellung Baillarger's zu dieser Frage ist von vornherein klar. Für ihn betreffen die Heilungen der allgemeinen Paralyse nur die Folies paralytiques, welche er sich ja von einer Periencephalitis unabhängig denkt. Die erstere Krankheitsform bedingt functionelles Erlöschen, die zweite nur functionelle Störungen und Verkehrtheiten, deren Heilung möglich ist.

Die Unitarier haben zugeben müssen, dass — wenigstens in einzelnen Fällen — die Erscheinungen der allgemeinen Paralyse bestehen konnten, ohne dass man bei der Autopsie Zeichen der zu erwartenden Periencephalitis chronica diffusa fand. In solchen Fällen ist die Annahme circulatorischer Störungen als Erreger jener Zustände wohl unumgänglich. Dies wird dazu durch gelegentliches brüskes Erwachen aus einem Zustande illustrirt, wie ein solcher aus der Arbeit von Mendel mitgetheilt wird, in welchem der Kranke erklärte, es sei ihm „wie Schuppen von den Augen gefallen“. Sollten, fragt Baillarger, in solchen Zuständen denn plötzlich die Erscheinungen von Periencephalitis zurückgetreten sein? oder soll man annehmen, dieselben hätten trotz mehrmonatlicher Dauer die Intelligenz ganz frei gelassen?

Vielmehr ergiebt sich aus allen Berichten über geheilte Paralysen, dass dieselben in einer Zeit erfolgt waren, in welcher die Periode functioneller Störung noch nicht überschritten war (s. oben), sodass das ganze Krankheitsbild durch die Annahme circulatorischer Störungen erklärlich ist, deren Genesungsfähigkeit unbestreitbar ist.

Das Studium der geheilten Paralysefälle spricht nach B. am deutlichsten gegen die Unitarier.

9. Wechselnde Aeusserungsweise der Paralyse und die Paralysie générale à double forme.

Die Häufigkeit des Wechsels in der Erscheinungsweise der Paralyse ist bekannt. In einem jüngst mitgetheilten Fall von Camuset folgte Melancholie, Manie, Melancholie und nochmals Manie auf einander. — Meist erfolgt der Tod im zweiten Anfall.

Für die Unitarier ersteht hier die Schwierigkeit, die widersprechende Aeusserung desselben Krankheitszustandes, einmal als Manie, dann als Melancholie, zu erklären.

Wie das mit den feststehenden Läsionen der Periencephalitis chronica diffusa zu vereinigen sei, bleibe unklar.

Für die dualistische Theorie bietet das keine Schwierigkeit; die Transformation und Intermittenz beziehen sich nur auf die Folie paralytique, oder wie man in Frankreich immer noch sagt: das „délire“.

(Schluss folgt.) Jehn.

Therapie.

11) Et Tilfälde af traumatisk Tetanus med heldig Udgang, meddelt af Distriktsläge Petræus i Nibe. (Hosp.-Tidende. 1883. 3. R. I. 48.)

Ein 17 Jahre alter Knecht hatte sich durch Fall auf die Spitzen einer Egge am rechten Oberschenkel 2 tiefe Wunden zugezogen, die Verf. am nächsten Tage mit Erde verunreinigt und entzündet fand; er legte an jede Wunde eine Knotennaht an und einen antiseptischen Verband. Die Wunden heilten langsam. Nach ungefähr 14 Tagen traten, nachdem sich Pat. feuchter und rauher Witterung ausgesetzt hatte, Schmerzen im Nacken, Starre der Nackenmuskeln, Schlingbeschwerden und Schwierigkeit, den Mund zu öffnen, auf und nach wenigen Tagen entwickelte sich allgemeiner Tetanus mit sehr häufigen und äusserst heftigen Anfällen, die theils ohne nachweisbare Ursache auftraten, aber auch durch die geringsten Reize hervorgerufen wurden. Der Kranke wurde in wollene Decken eingehüllt, um ihn möglichst in Schweiss zu erhalten, und bekam Portwein in reichlicher Menge und auf der Höhe der Krankheit täglich 3—4 subcutane Injectionen mit je 2, manchmal auch $2^1/_2$—3 Centigramm Morphium muraticum, ausserdem zur Zeit der höchsten Gefahr Chloralhydrat in Tagesgaben von 4—5 Gramm. Nach den Einspritzungen trat fast augenblicklich Ruhe ein, aber selten Schlaf; die Muskeln wurden schlaff mit Ausnahme der Nackenmuskeln und der Unterkieferheber, die Schmerzen nahmen ab. Allmählich wurden die Anfälle weniger häufig und weniger heftig, am längsten blieb die Contractur der Kaumuskeln und der Nackenmuskeln, auch Athembeschwerden und momentane Suffocationsanfälle blieben lange. Nach 23 Tagen hatten die Krämpfe aufgehört und weitere 3 Wochen später konnte Pat. entlassen werden. Walter Berger.

III. Aus den Gesellschaften.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Sitzung den 14. Januar 1884.

Remak demonstrirt ein neues, vom Mechaniker Hirschmann construirtes absolutes Verticalgalvanometer. Ein astatisches um eine horizontale Axe schwingendes Magnetnadelpaar kehrt aus der bei Aufhebung des Einflusses des Erdmagnetismus immer nach beiden Seiten gleichen Ablenkung durch entsprechende Gewichtsbelastung allemal genau in die verticale Richtung zurück. Dadurch, dass der ganze Galvanometerkasten mit der Scala zur Horizontalebene drehbar und durch eine Schraube einstellbar ist, wird die genaue Einstellung auf den Nullpunkt der Scala leicht thunlich. Bei der grössten Empfindlichkeit des Galvanometers entspricht jeder Strich der zehn sehr weiten Scalatheile einem halben Milliampère. Stöpselverschlüsse am Fussbrett gestatten durch Einschaltung entsprechender Nebenschliessungen für den Strom die Galvanometerausschläge und somit die Empfindlichkeit auf die Hälfte oder den vierten Theil zu reduciren, so dass je nach Belieben jeder Theilstrich einen halben, einen ganzen, oder zwei Milliampère entspricht, also genaue Messungen von 0,5 MA (durch Abschätzung auch darunter) bis 20 MA möglich sind. Durch entsprechende Vorschaltungen von Widerständen ist dafür gesorgt, dass der Gesammtwiderstand des Galvanometers bei jeder Empfindlichkeit derselbe ist (500 S. E.).

Das Instrument hat sich im praktischen Gebrauch sowohl zu elektrodiagnostischen als therapeutischen Zwecken durchaus bewährt, ist besonders sehr handlich und bequem und viel dauerhafter, als das eine subtile Behandlung erfordernde grosse Edelmann'sche Horizontalgalvanometer (vgl. Neurol. Centralbl. 1883. S. 47), wenn auch letzteres noch feinere Messungen gestatte. Der Vortragende glaubt das Instrument, abgesehen von kleinen Mängeln (etwas zu langsame Dämpfung der Nadelschwingungen etc.), angelegentlichst empfehlen zu dürfen.

In der Discussion bestätigten Bernhardt und Eulenburg, die sich seit einigen Wochen des Instrumentes bedient haben, die Güte und praktische Brauchbarkeit desselben.

Westphal bemerkt **„über Erkrankung peripherischer Nerven bei Tabes"**, indem er den nachfolgenden Vortrag des Herrn Sakaky einleiten wolle, dass man früher die peripherischen Nerven bei Tabes kaum untersucht habe. Im Jahre 1878 habe er selbst zuerst einen rein sensiblen Nerven, den Nervus cutaneus post. (vom Ischiadicus) untersucht (vgl. Archiv für Psychiatrie Bd. VIII) und stark atrophirt gefunden. — Dann hat Dejérine ähnliche Untersuchungen gemacht. Er fand in zwei, ihren Symptomen nach sehr ähnlichen Fällen von Tabes das eine Mal die hinteren Wurzeln fast gar nicht, das andere Mal sehr stark afficirt, und in letzterem Falle die peripherischen sensiblen Hautnerven stark atrophirt. — Ganz neuerdings hat derselbe Autor in 2 Fällen von Tabes sensible peripherische Hautnerven untersucht und wieder hochgradig atrophisch gefunden. — W. seinerseits bekam vor 5—6 Monaten einen Fall von Tabes zur Section, bei welchem sich die peripherischen sensiblen Nerven an den Unterschenkeln erheblich atrophirt erwiesen und zwar an den am meisten peripherischen Theilen mehr, als an den mehr centralwärts gelegenen; die Muskelnerven waren intact. Herr Sakaky, der auf W.'s Veranlassung die betreffenden Untersuchungen angestellt hat, wird selbst darüber Genaueres berichten.

Sakaky: Es handelt sich um einen Fall von Tabes bei einer Frau von 38 Jahren, die nach 9jähriger Dauer der Krankheit starb. Neben den gewöhnlichen klinischen Symptomen waren dagewesen: Verlangsamung der Empfindungsleitung, Vernichtung des Muskelgefühls, schliesslich fast vollständige Anästhesie beider Unterschenkel. Die Obduction ergab die graue Degeneration der Hinterstränge, gleichzeitig wurden eine Anzahl Nerven herauspräparirt (Nn. saphenus major, cutan. femor. intern., die Rami musculares für den M. extensor quadriceps und N. cutan. brach. extern.), in der gewöhnlichen Weise in Chromsäure gehärtet, geschnitten und gefärbt. Gleichzeitig wurden Präparate von normalen Nerven in derselben Weise hergestellt. Während im normalen Nerven des Erwachsenen in einem Quadratmillimeter 3000—3700 deutlich erkennbare markhaltige Nervenfasern zu finden sind, und zwar mit geringem Unterschied zwischen centralen und peripherischen Abschnitten, verhält sich die Sache für die Tabes ganz anders, wenigstens soweit es in dem untersuchten Fall die Nv. saphenus major und minor betraf, während die Muskeläste und der N. cutan. brach. extern. normal waren. Zahl der markhaltigen Nervenfasern in 1 Quadratmillimeter:

	Normal		Tabes	
	central	peripherisch	central	peripherisch
N. saphen. major . .	3200 . .	2944 . .	2432 . .	896
N. saphen. minor. . .	3392 . .	3200 . .	1920 . .	2176
Muskelast	3136 . .	2944 . .	2880 . .	3428
N. cutan. brach. ext. .	3072 . .	3584 . .	3712 . .	2944

Unter dem Mikroskop zeigt sich ferner in den pathologischen Nervenpräparaten nur eine geringe Zahl normaler Nervenbündel, während der Rest aus Bindegewebe, aus geschrumpfter Schwann'scher Scheide besteht. Vacuolenbildung der Axencylinder und Fettkörnchenzellen konnte nicht nachgewiesen werden, wohl aber eine Vermehrung der Kerne des Endoneurium und eine Verdickung der Gefässwände.

Uhthoff **„über Sehnervenatrophie"**. U. hat jetzt im Ganzen 154 Fälle von Sehnervenatrophie untersucht. Davon waren:

spinalen Ursprungs	30 %
cerebralen Ursprungs	24 %
genuine progressive Atrophie . .	15 %
aus Neuritis hervorgegangen . .	12 %
durch Orbitalprozesse veranlasst .	6 %
bei Dementia paralytica entstanden	4,2 %.

Der Rest vertheilte sich auf Fälle von Alcoholmissbrauch u. A. Hierbei ist zunächst die hohe Ziffer von 30 % für die spinalen Formen bemerkenswerth, besonders im Verhältniss zu den 15 % der genuinen progressiven Atrophie, während man früher (v. Gräfe) relativ viel mehr Fälle der genuinen Form zurechnete. U. meint, dass die immer mehr verbesserten diagnostischen Hülfsmittel die Zahl der genuinen Atrophien immer mehr beschränken, vielleicht ganz beseitigen werde, wie ja jetzt schon die spinalen Formen viel besser erkannt werden (Kniephänomen).

Betreffs der Defecte des Gesichtsfeldes unterscheidet U. vier Formen: 1) Die gleichmässige Beschränkung der Sehschärfe des ganzen Gesichtsfeldes (häufigste Form). 2) Ausfall eines, gegen den Rest des Gesichtsfeldes scharf abgegrenzten, Theiles desselben. 3) Ausfall einer Hälfte, der oberen oder unteren; doch ist die Halbirung, resp. Symmetrie niemals genau, und diese Form von wahrer Hemianopsie zu unterscheiden. 4) Ausfall der Peripherie bei mehr oder weniger intactem centralen Sehen: eine Form, welche U. im Ganzen 4mal gesehen hat. (Das mikroskopische Präparat eines solchen Falles wird von U. demonstrirt.)

Dass bei den Atrophien eine Seite, die nasale Seite (v. Gräfe), oder die temporale (Förster), überwiege, kann U. nicht finden.

Nur 5mal unter allen Fällen spinaler Atrophie fand U. gleichzeitig Augenmuskellähmungen.

Bei den cerebralen Formen waren etwa in der Hälfte der Fälle Spuren von Neuritis nachzuweisen. Ein Drittel dieser Kranken war in jugendlichem Alter.

Auch Neuritis mit folgender Opticus-Atrophie zeigte sich besonders bei jugendlichen Individuen und zwar überwiegend männlichen Geschlechts.

Ebenso trifft die hereditäre Neuritis so überwiegend das männliche Geschlecht — besonders zwischen 12 und 30 Jahren — dass man das weibliche fast als immun bezeichnen kann.

Einmal gesellte sich Diabetes bei dieser Form zur Atrophie des Opticus hinzu; von anderen complicirenden Nervenkrankheiten sah U. nichts.

Dass die Dementia paralytica nur 4,2 % lieferte, könnte auffallen. Aber U. schöpfte sein Material nur aus der Augenklinik, nicht aus Irrenanstalten.

Zum Schluss stellte U. noch einen jungen Menschen mit beiderseits **temporaler Hemianopsie** vor, welche nach einer Fractura baseos cranii mit muthmaasslicher Verletzung des Chiasma zurückgeblieben ist und seitdem unverändert besteht, übrigens dem Patienten, er ist Schneider, kaum hinderlich ist. Hadlich.

Clinical Society of London. Sitzung vom 26. October 1883. (The Lancet. 1883. Nov. 3.)

Dr. Charlton Bastian berichtete einen Fall von **Hirnhämorrhagie bei einem 15jährigen Knaben**, der seit ca. 3 Wochen vor seinem Ende an vorübergehenden Kopfschmerzen gelitten hatte. Pat. wurde nach einer leichten körperlichen Anstrengung (beim Reiten) plötzlich bewusstlos, bekam tonische und klonische Krämpfe, er brach. Soporös in's Hospital verbracht, zeigte sich neben der Fortdauer der genannten Convulsionen eine fast complete linksseitige Hemiplegie. Unter Unregelmässigkeit der Athmung Entwickelung von Lungenödem etc. starb der Kranke nach wenigen Stunden.

Die Section ergab einen hämorrhagischen Erguss in allen 4 Ventrikeln, welcher überdies an die Hirnbasis gedrungen war und dort eine subarachnoidale Blutung erzeugt hatte. Ganz frischer Bluterguss in den Linsenkern. Erkrankung des Herzens oder der Gefässe nicht nachweisbar.

Derselbe erzählt die Krankengeschichte eines 67jährigen Potators, der den Morgen nach einem starken Excess bewusstlos umgefallen war und comatös mit extrem verengten Pupillen, sowie mit halbseitiger Rigidität der rechten Körperhälfte in's

Hospital aufgenommen wurde, wo er unter enorm niedriger Temperatur nach einigen Stunden verschied.

P. M. Ausgedehnter intraventriculärer Bluterguss mit partieller Zerstörung des rechten Streifenhügels; an letzterer Stelle fand sich ein **Aneurysma** von etwa $^3/_4$ Zoll Durchmesser, in dessen Wand ein etwa 1 Linie grosser Riss sich fand. Die grösseren Hirngefässe frei.

Vortr. hebt an seinem Falle als besonders bemerkenswerth hervor: 1) die weitgehende Temperaturerniedrigung; 2) das seltene Vorkommen aneurysmatischer Erweiterungen einer der kleinen in die Streifenhügelsubstanz eintretenden Gefässzweige; 3) die Abwesenheit von Convulsionen trotz des Blutergusses in die Ventrikel; 4) die Thatsache, dass nicht sowohl eine Pupillenerweiterung, als hochgradige Myosis bestand — als Ausdruck der Druckwirkung der subarachnoidalen Blutung.

Kast.

---

51. Versammlung der British Medical Association. (British Medical Journal. 1883. Aug. 18 and Sept. 22.)

Althaus, **On some postepileptic phenomena.** An der Hand eines reichen klinischen Materials liefert A. statistische Daten zur Würdigung der Häufigkeit acuter oder chronischer psychischer Störungen im Gefolge epileptischer Anfälle.

Unter 250 Epileptikern, die er innerhalb 6 Jahren beobachtete, waren nur 89 = 35,6 % frei von jeder mit der Epilepsie in Zusammenhang zu bringenden geistigen Anomalie. Von diesen hatten 61 = 68,5 % gewöhnlich des Nachts, 28 = 31,4 % unter Tags ihre Attacken — sämmtliche nur typische und ausgebildete Krampfanfälle.

Dagegen fallen alle Kranken seiner Clientel, die nur an Petit mal, epileptischen Schwindel etc., überhaupt nur an rudimentären Anfällen litten, unter die 161 Fälle mit mehr oder weniger schwerer und andauernder geistiger Störung und zwar zeigten 123 = 76,5 % typische Convulsionen, 26 = 16,1 % Petit mal, 12 = 7,4 % epileptoidem „Automatismus". Dem Geschlechte nach vertheilten sich die Fälle auf 91 = 56,5 % Männer und 70 = 43,5 % Frauen. Das Lebensalter der befallenen Individuen schwankte zwischen 5 und 62 Jahren derart, dass die Altersperiode zwischen 5. und 15. Jahre mit 10,5 % am wenigsten, die von 15—25 Jahren mit 24 % am stärksten belastet erscheint; bei den übrigen Decennien schwankte die Procentzahl von 15—16.

In ätiologischer Hinsicht war bei 66 Patienten = 40,9 % Heredität nachzuweisen. Eigenartige ursächliche Momente für die mit psychischen Folgeerscheinungen verlaufenden Fälle waren nie zu eruiren.

Die letzteren sah A. wesentlich unter zwei klinischen Formen verlaufen: 1) Acute transitorische Störungen im directen zeitlichen Anschlusse an die Krampfzufälle. 2) Chronisch verlaufende, stetig progressive Abnahme der geistigen Kräfte nach den epileptischen Attacken.

Die typische Periodicität der meist in derselben Gestalt, nur gewöhnlich in successive schwererer Form auftretenden Psychosen bildet für A. das treffendste charkteristische Merkmal der acuten Form des postepileptischen Irreseins. Als Paradigma der letzteren wird in ex tenso die Krankengeschichte einer Patientin mitgetheilt, bei der von Anfang an im Anschluss an klonische Krampfanfälle im Gebiete des Facialis und Quintus mit mehr oder weniger tiefem Bewusstseinsverluste sich regelmässig ein mehrere Tage lang anhaltender Erregungszustand mit lebhaften Hallucinationen des Gehörs und Gesichts in progressiv gesteigerter, meist den ursprünglichen Krampfanfällen conformer Intensität einzustellen pflegte (vgl. Original). Bei der Behandlung dieser Kranken sah A. vom Chiningebrauch günstigen Erfolg.

Dem Inhalte der geistigen Störungen nach vertheilen sich die Fälle wie folgt: „Erregungszustände mit Hallucinationen 22 = 13,6 %, Manie mit Verfolgungsideen 12 = 7,4 %, krankhaft heitere Exaltation 3 = 1,8 %." 124 Kranke = 77 % fallen

unter die Form der chronischen Abnahme des intellectuellen Vermögens in all ihren Graden von der einfachen Gedächtnissschwäche bis zur Imbecillität. Das ziemlich charakteristische Krankheitsbild zeichnet sich nach A. aus durch eine allmähliche Verlangsamung der geistigen Thätigkeit, durch Schwäche des Urtheils, das Gefühl des Zurückgesetztseins in der Gesellschaft, endlich durch ein wenigstens partielles Bewusstsein der Erkrankung, deren psychische Wirkungen jedoch geflissentlich geleugnet werden. Grosse Dosen von Bromkalium haben auf das geistige Verhalten derartiger Kranken einen eher schädlichen, Chinin, Phosphor, Strychnin und Arsenik (in der genannten Reihenfolge) gewöhnlich günstigen Einfluss. Bezüglich gewisser Fälle theils hystero-epileptischer, theils ausgesprochen epileptischer Krämpfe bei Onanisten, bei denen häufig intellectuelle Defecte sich fühlbar machen, bemerkt A., dass er sie bei seiner Statistik ausgeschieden habe, weil in der Regel nachweislich die Masturbation an sich schon ein Symptom beginnender psychischer Schwäche darstelle. Er will wiederholt durch häufige kräftige Aetzungen der Glans penis, bei Frauen der Clitoris, bei derartigen Masturbanten günstigen Erfolg erzielt haben. Endlich blieben bei seiner Zusammenstellung alle Fälle von „symptomatischer Epilepsie", nach Schädel-Verletzungen, Syphilis etc. eo ipso unberücksichtigt.

A. Hughes Bennett, **On Hysterical Malingering.** Eine 45jähr. Krankenwärterin bot während mehrmonatlicher Beobachtung die Erscheinungen einer schweren Hysterie: Halbseitige Contractur der rechtsseitigen Extremitäten, verbunden mit der klassischen Form der totalen Hemianästhesie dieser Seite, einschliesslich halbseitiger Störung des Gesichts (Verminderung von S., Farbensinnstörung), Gehörs, Geruchs und Geschmacks. — Häufig wiederkehrende tonische und klonische Krämpfe von einstündiger und noch längerer Dauer mit unvollkommenem Bewusstseinsverlust, nicht selten vorwiegend rechtseitig und gefolgt von einer vasomotorischen Störung (erythematöse Fleckung) an der Haut dieser Körperhälfte. Metallo-therapeutische Proceduren (Eisen) erzielten anfänglich Wiederkehr der Sensibilität — ohne Transfert — versagten aber schliesslich, und erst nach Wochen wurde zufällig die ohne alle weiteren Maassnahmen eingetretene Restitution der normalen Empfindung constatirt. Dagegen blieben die motorischen Störungen Monate lang durchaus ungebessert — Patientin konnte weder stehen noch gehen — und wurde schliesslich nach Hause entlassen.

Schon wenige Wochen später wurde die Person gerichtlich verfolgt wegen mehrfacher Schwindeleien und Diebstähle, die sie kurze Zeit nach ihrer Entlassung begangen hatte. Ihre Motilität war jetzt eine durchaus ungestörte und gestand sie einer Freundin, alle die oben genannten Krankheitserscheinungen willkürlich hervorgebracht und so durch Monate lang ihre Aerzte getäuscht zu haben. In dieser Aussage findet H. B. genügenden Grund, den Fall als ein prägnantes Beispiel jener eigenartigen Täuschungssucht der Hysterischen hinzustellen, in welchen es sich nicht sowohl um ein Heucheln nicht vorhandener Krankheitszustände handelt — wie beim gewöhnlichen Simulanten — sondern um die Vorführung willkürlich hervorgebrachter pathologischer Zustände auf der Basis einer übergrossen Erregbarkeit des Centralnervensystems. Die allbekannten Erfahrungen von „Selbsthypnotisirung" bei Individuen, deren Nervensystem durch wiederholte hypnotische Proceduren in einen pathologischen Erregungszustand versetzt wurde u. dgl., werden als Parallelen angeführt.

Kast.

IV. Bibliographie.

Leitfaden der Psychiatrie für Mediciner und Juristen von Dr. H. Neumann, Prof. an der Universität in Breslau, Director der psychiatrischen Klinik etc. Breslau 1883. Preuss & Jünger. 134 S.

Der Herr Verfasser behandelt in diesem Leitfaden — abgesehen von der Vorrede, mit der wir uns nicht zu beschäftigen haben — die Psychiatrie inclusive ihrer

Beziehungen zum Staatsleben. Bei dem Umfange des Buches ist naturgemäss eine in jeder Hinsicht erschöpfende Darstellung nicht beabsichtigt worden und für den Streit der Meinungen ist kein Raum geblieben. Seine Bearbeitung konnte das, was sie geschaffen hat, nur erreichen durch scharfes Hervorheben der von ihm als wichtigste angesehenen Punkte und eine sehr präcise Fassung des Gegebenen. Diesem Umstande und der Thatsache, dass der Herr Verf., auf eine reiche Erfahrung zurückblickend, ganz und gar auf den Boden einer aus eigenem Denken erwachsenen Anschauung sich gestellt hat, ist es zuzuschreiben, dass gegen Einzelheiten in der Darstellung z. B. gegen die Classification von mancher Seite Einwürfe erhoben werden könnten. So in der Frage der primären Verrücktheit und namentlich gegenüber der Abgrenzung, in welche der Herr Verf. den Begriff der Paralyse fasst, wobei auch die somatischen Veränderungen, welche nur vom Gesichtspunkte der „Ataxie" betrachtet werden, in den Hintergrund treten. Ob eine solche Darstellung nicht geeigneter für den Vorgeschrittneren, als für den medicinischen Neuling, oder für den Juristen sich erweisen wird, muss dahingestellt bleiben.

Bei der Lectüre der Schrift tritt die ja von früher her bekannte ausserordentliche Klarheit der Darstellung, welche jedes halbe Verständniss oder Missverständniss ausschliesst, und die lebhafte Gedankenentwickelung derart hervor, dass auch die anfänglich etwas fremd anmuthende Fassung in kurze, fast thesenhafte Paragraphen bald als eine angemessene Form empfunden wird. Die Abneigung gegen das Pactiren mit Hypothesen, die bündige Anerkennung der Unmöglichkeit so viele z. B. ätiologische Fragen zu beantworten, der kritische Zug, der sich auch gegen manche eingewurzelte Unklarheit des Ausdrucks, wie „Vorboten", „pseudo", „typisch" etc. in lebhafter Weise wendet, verleihen dem Buche einen anregenden Charakter.

Moeli.

V. Vermischtes.

Durch Entscheidung des Reichsgerichts vom 29. October 1883 ist festgestellt, dass auch dann die Strafe der schweren Körperverletzung eintritt (§ 224 des deutschen Strafgesetzbuches: hat die Körperverletzung zur Folge, dass der Verletzte — in Geisteskrankheit verfällt etc.), wenn die in Folge der Körperverletzung eingetretene Geisteskrankheit eine heilbare ist. M.

The London Medical Record berichtet von einer Krankheit der Geldzählerinnen, die in Washington in dem Treasury Departement angestellt sind. Sie bekommen Schmerzen in den Händen, im Kopf, in den Augen und erkranken schliesslich an allgemeinen Ernährungsstörungen. Diese Symptome werden durch den bei der Herstellung der Münzen verwendeten Arsenik hervorgebracht. M.

Ein erwähnenswerther Fall von transitorischem Irresein wird aus einem Bleihüttenwerk in Nevada mitgetheilt. Ein Bergmann, der mit der Ausbesserung eines Bleiofens beschäftigt war und längere Zeit die aufsteigenden Dünste hatte einathmen müssen, wurde von einem plötzlichen Wuthanfall ergriffen und drang mit einem Hammer auf drei bei ihm stehende Arbeiter ein. Er würde sie alle ermordet haben, wenn nicht noch rechtzeitig Hülfe herbeigekommen wäre und ihn nach längerem Kampfe gebunden hätte. Kaum war er aus der Bleiatmosphäre entfernt und an die frische Luft gebracht, so legte sich die tobsüchtige Erregung und es trat schnell völlige Aufklärung ein. Ueber etwaige Amnesie ist nichts gesagt. Der betreffende Patient war früher ganz gesund gewesen, doch war er neuropathisch schwer belastet. (The Alienist and Neurologist. 1883. IV. p. 698.) Sommer.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 15. Februar. No. 4.

Inhalt. I. Originalmittheilungen. Meningitis spinalis chronica der Cauda equina mit secundärer Rückenmarksdegeneration, wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs, von Eisenlohr.

II. Referate. Anatomie. 1. La capacità del cranio in rapporto alla statura del Amadei. — Experimentelle Physiologie. 2. On the cortical areas removed from the brain of a dog, and from the brain of a monkey, a report by Klein, Langley and Schäfer. 3. Ett enkelt förfaringssätt att bestämma muskelsinnets skärpa af Bitz. — Pathologische Anatomie. 4. Myelitis chron. diffusa par Raymond. — Pathologie des Nervensystems. 5. Contribution a l'étude de l'hémichorée symptomatique dans les lésions cérébrales par Mabboux. 6. Hémiplégie faciale inférieure, hémiplégie brachiale légère avec paralysie complète des extenseurs de la main sur l'avantbras, à gauche, survenues à la période ultime d'une affection cardiaque, par Sorel. 7. Note sur un cas de compression de la protubérance par dilatation anévrysmale du tronc basilaire par Hallopeau et Giraudeau. 8. Fall von Hysterie mit spontaner Hypnose von Rybalkin. 9. Du Mutisme hystérique par Revillod. 10. Two cases of hysteria by Watton. 11. Zur Symptomatologie der Rückenmarkscompression bei tuberculöser Caries der unteren Halswirbel von Kahler. 12. Crampe fonctionelle du cou par Féré. — Psychiatrie. 13. Sur la théorie de la paralysie générale par Baillarger (Schluss). 14. Syphilis in its relation to progressive paresis by Klemm. 15. Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse von Zacher. — Therapie. 16. Ueber Schlaflosigkeit und Schlafmittel von Eickholt. — Forensische Psychiatrie. 17. Ueber die Verbreitung physischer Degeneration bei Verbrechern und die Beziehungen zwischen Degenerationszeichen und Neuropathien von Knecht.

III. Aus den Gesellschaften.

IV. Bibliographie.

I. Originalmittheilungen.

Meningitis spinalis chronica der Cauda equina mit secundärer Rückenmarksdegeneration, wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs.

Von Dr. C. Eisenlohr in Hamburg.

Weniger die Thatsache und Form der secundären Rückenmarksveränderung, als die eigenthümliche Natur und der Verlauf des an der Cauda equina etablirten Krankheitsprozesses scheinen mir den folgenden Fall einer Mittheilung werth zu machen. Beobachtung und anatomische Untersuchung wurden mir durch die Güte des Herrn Dr. Bülau, Oberarztes am allgemeinen Krankenhause, ermöglicht.

Ein 30jähriger Kaufmann kam Ende Mai 1876 von New-York nach Hamburg und liess sich am 31. Mai im allgemeinen Krankenhause, einer in der letzten Zeit aufgetretenen Lähmung der Beine halber, aufnehmen. Er hatte vor 11 Jahren Syphilis acquirirt, deren wesentliche Manifestation nach seiner Erzählung ein Exanthem in der Umgebung des Anus gewesen war. Im Laufe des letzten Jahres stellten sich zuerst Obstipation und unangenehme Sensationen in der Aftergegend ein, dann gesellte sich hinzu motorische Schwäche in den unteren Extremitäten, besonders dem linken Bein.

Die Obstruction wurde sehr hartnäckig, es trat Incontinenz des Urins ein und auf der Reise nach Europa wurde ziemlich plötzlich das rechte Bein ganz gelähmt.

Bei der Aufnahme constatirte man hochgradige Lähmung des Mastdarms, der, mit Koth angefüllt, sich seines Inhaltes nur mit grösster Schwierigkeit entledigte, Lähmung der Blase mit Incontinenz, Blasencatarrh mit reichlicher Eitermenge im Urin.

Die rechte untere Extremität vollkommen unbeweglich in allen Gelenken. Das linke Bein kann aufgehoben und in allen Gelenken bewegt werden, aber mit wesentlich herabgesetzter Kraft. Die Hautsensibilität an beiden Unterextremitäten stark herabgesetzt, an der linken in höherem Grade, als an der rechten; an letzterer besonders an der Aussen- und Hinterseite des Oberschenkels, an der ersteren besonders an Vorder- und Innenseite des Oberschenkels. Pat. klagte über häufige dumpfe bohrende Schmerzen in den unteren Extremitäten, im Mastdarm, und quälenden Urindrang.

Unter eingeleiteter Innuctionskur besserte sich die Motilität der Unterextremität etwas; am 13. Juni wurde wiederkehrende Beweglichkeit in der rechten Oberschenkelmusculatur constatirt. Die Reflexe von der linken Planta aus in der linken Unterextremität schwach, dagegen lebhaft gekreuzt in der rechten.

Im Juli nahmen die subjectiven Beschwerden des Patienten, bald mehr dumpfe, bald lebhaftere Schmerzen im After und in den Beinen wesentlich zu. Auf dem Kreuzbein bildete sich ein Decubitus. Die Muskeln der Beine magerten in erheblichem Grade ab (Strychnininjectionen, Faradisation der Muskeln der Beine, Sublimat innerlich, Carbolinjectionen zur Linderung der Schmerzen).

September. Die Zehen des rechten Fusses werden etwas beweglich. Klagen über Druck und Schmerz in der Kreuzgegend und im After, Schwere und Schmerzen in den unteren Extremitäten dauern fort. Decubitus auf dem Os sacrum in Heilung; dagegen haben sich auf Gesäss und Trochanteren Decubitusstellen gebildet (Lagerung auf dem Schrägbett).

December. Anästhesie entsprechend der Motilitätsstörung an der rechten Unterextremität und speciell im Ischiadicusgebiet stärker ausgesprochen. Die unausgesetzt andauernden neuralgischen Sensationen in After und Kreuz, den unteren Extremitäten machen Morphininjectionen nothwendig.

Januar 1877. Auftreten schmerzhafter Muskelzuckungen in den unteren Extremitäten.

April 1877. Rechtes Bein noch hochgradig gelähmt, die Motilität des linken doch noch so gut, dass Pat. auf kurze Zeit stehen kann.

Vom 19.—29. April ein Erysipelas faciei, das Anfang Mai recidivirte.

October 1877. Nur noch eine flache Decubitusstelle auf dem rechten Trochanter. In beiden unteren Extremitäten häufig Schmerzen von lancinirendem, durchfahrendem Charakter; Zuckungen im rechten Bein.

Motilität der rechten unteren Extremität sehr erheblich beeinträchtigt, aber besser, als bei der Aufnahme. Die Bewegungen des Fusses schwach und wenig ausgiebig, besser ausgeführt, aber von geringer Energie die Beugung und Streckung im Kniegelenk.

Links sind sämmtliche Bewegungen ausführbar und von recht guter, doch unternormaler Kraft.

Die Sensibilität an der hinteren Fläche beider Oberschenkel bis zur Kniekehle ziemlich erloschen, herabgesetzt beiderseits an der Wade, rechts mehr als links.

Auf der Vorderseite des Oberschenkels ist die Sensibilität beiderseits ziemlich gut erhalten; an der Aussenseite des linken Unterschenkels stark herabgesetzt. Hyperalgesie am Fussrücken und um die Knöchel beiderseits. An der rechten Planta starke Herabsetzung der Sensibilität, links ist dieselbe ganz und gar erloschen. Plantarreflex rechts schwach, fehlt links. Das rechte Bein erheblich abgemagert im Vergleich zum linken. Die Prüfung der elektrischen Erregbarkeit ergab geringe Herabsetzung der faradischen Reaction im N. peroneus und tibialis links; die directe faradische Erregbarkeit in den Mm. tibial. antic. extens. digitor., hallucis, dem triceps surae sin. durchaus erhalten und nur wenig vermindert, deutlich herabgesetzt in den Flexoren des linken Unterschenkels. Rechts bedeutende Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit im N. peroneus, Aufhebung derselben im N. tibialis. Mm. tibial. antic., extens. digitor. et hallucis, flexores cruris bei directer faradischer Reizung unerregbar.

Für den galvanischen Strom geringe Herabsetzung der indirecten Erregbarkeit im N. peroneus und tibialis sinist., stärkere Herabsetzung im N. peron. dexter, Erloschensein im N. tibial. dexter. Bei directer Reizung im N. tibial. antic. und in den Extensores digitor. rechts exquisite galvanische Entartungsreaction mit quantitativer Herabsetzung, langgezogene An SZ > Ka SZ. Im Gastrocnemius dexter An SZ = Ka SZ, quantitativ herabgesetzte Erregbarkeit.

In den Flexores cruris rechts keine Reaction.

Links in den genannten Muskeln des Unterschenkels bei directer galvanischer Reizung rasche Zuckungen mit stärkerer Ka SZ.

November. Ernährung leidlich. Sitzen auf längere Zeit unmöglich wegen Zunahme der Schmerzen in den unteren Extremitäten. Fortdauernder dumpfer Schmerz, Ziehen und Drängen im After. Die schmerzhaften Empfindungen verbreiten sich längs der Hinterseite der Oberschenkel. Daneben anfallsweise in mehrtägigen Intervallen sehr heftige bohrende Schmerzen in beiden Oberschenkeln, rechts mehr als links.

Keine vollständige Lähmung, weder rechts noch links, auch mit dem rechten

Bein kann Pat. so ziemlich alle Bewegungen ausführen, aber durchaus kraftlos, das rechte Bein geräth beim Erheben in leichtes Zittern; keine Spur von Ataxie. Keine eigentlichen Zuckungen der Muskeln, doch besteht rechts permanent ein An- und Abschwellen der Glutaei, zuweilen auch der Muskeln an der Aussenseite des Oberschenkels, fast rhythmisch ca. 30mal in der Minute. Links bestehen diese Contractionen nicht.

Muskelgefühl vollkommen erhalten, Pat. ist über die Lage seiner Glieder immer orientirt.

Die Hautsensibilität noch in beiden Ischiadicusgebieten wesentlich alterirt für Tast- und Schmerzeindrücke, für Temperaturen besser conservirt. Cruralisgebiete in Bezug auf die Sensibilität erheblich besser, besonders das rechte.

Blase vollkommen gelähmt, permanentes Harnträufeln, ohne dass Pat. eine Empfindung davon hat.

Stuhl geht unwillkürlich ab, doch giebt Pat. an, dass er das Andrängen des Kothes durch Vermehrung der schmerzhaften Empfindungen an der Hinterseite der Oberschenkel wahrnehme.

Die folgenden Monate waren eine Zeit schwer zu beschreibenden Leidens für den Patienten. Unausgesetzt von Schmerzen in den unteren Extremitäten gequält, die nur vorübergehend durch Morphin gelindert wurden, mit vollkommner Lähmung von Blase und Mastdarm, trotz sorgfältiger Pflege wieder vergrösserten Decubitus versank Pat. auch psychisch in einen Zustand tiefster Depression. Im Februar 1878 machte er, lebensüberdrüssig, einen Selbstmordversuch, indem er sich die Radialarterien anschnitt, blieb aber trotz erheblichen Blutverlustes am Leben.

Am 12. März 1878 wurde er durch den Tod befreit, nachdem er einige Tage in einem halb comatösen Zustand mit Erhaltung einer Spur von Bewusstsein, aber mangelnder Pupillen- und Cornealreaction gelegen.

Section am 13. März 1878, 12 Stunden post mort. Tiefer Decubitus auf dem Kreuzbein, weniger tiefer auf den Trochanteren.

Dura spinalis von der Höhe des 10. Dorsalnerven bis zum Ende des Sackes an der hinteren Fläche fest mit der Pia verwachsen; auf der vorderen Fläche erstreckt sich diese Verwachsung nur bis zur Mitte der Höhe der Cauda equina. Nach Trennung dieser Verwachsungen zeigt sich die Pia an der hinteren Fläche sulzig getrübt und verdickt; es erstreckt sich diese Verdickung in abnehmendem Grade bis zum mittleren Dorsaltheil.

Die Nerven der Cauda equina unter einander fest verlöthet durch von der verdickten Pia ausgehende, überall zwischen jene eindringende bindegewebige Septa. Die letzteren sind in der hinteren Hälfte stärker und derber, als in der vorderen und erstrecken sich in einer Höhe von mehreren Centimetern durch das Convolut der Nervenwurzeln, enthalten übrigens keine Spur von gallertigen oder käsigem Exsudat.

Die hinteren Wurzeln des unteren Rückenmarksabschnitts oberhalb der Verschmelzungsstelle in der Cauda equina und zwar vom Eintritt in's Rücken-

mark an dünn und grauroth, die vorderen Wurzeln zum grössten Theil weiss gefärbt.

Das Rückenmark zeigt im Sacraltheil auf dem Durchschnitt eine dunkelbraungraue Verfärbung der Hinterstränge in toto. In der grauen gelatinös durchscheinenden Masse sind einige weissgelbe Striche und Flecken zu sehen.

In der Höhe der Lendenanschwellung dieselbe graue Verfärbung der Hinterstränge. Im unteren Dorsaltheil die inneren Partien beider Hinterstränge lebhaft grauroth mit weissen strichförmigen Flecken. Die graue Substanz im Lenden- und Brusttheil eingesunken und blass, die Zeichnung öfter verwaschen. Die Degeneration der Hinterstränge nimmt im oberen Dorsaltheil immer mehr die Form eines regulären in der Mitte gelegenen Keils an. In den Hintersträngen des Halstheils sind die hinteren Partien der Goll'schen Stränge in Keilform grau verfärbt und mit denselben weissgelben Streifen versehen, wie tiefer unten. In der Pyramidenkreuzung ist nur noch ein schmaler degenerirter Saum an der hinteren Peripherie sichtbar; in der Höhe der Oliven keine Veränderung mehr.

Gehirn anämisch; in der Pia, in der Umgebung des Pons, einige kleine flächenhafte Hämorrhagien.

Aus dem übrigen Sectionsprotokoll ist nur zu erwähnen, dass die Milz gross, der linke Ureter erweitert, in der Rinde der linken Niere einige radiär angeordnete Gruppen weissgelber kleiner Herde gefunden wurden.

Die Musculatur der rechten unteren Extremität hochgradig atrophisch, theils blassgelb, theils blassbraun verfärbt; die Veränderung sowohl am Ober- als am Unterschenkel ausgesprochen. Besser ist die Musculatur des linken Beines, besonders am Oberschenkel, doch zeigt sich auch hier eine deutliche Verfärbung.

Nervenstämme rein weiss, an Volum nicht merklich verändert.

Mikroskopisch frisch untersucht erwiesen sich die im Sectionsprotokoll erwähnten weissgelben Flecke im Gebiet der grauen Hinterstränge als Conglomerate von grossen Körnchenzellen, die in der Umgebung der Gefässe massenhaft angehäuft waren. Ausserdem fanden sich zahlreiche Corpora amylacea.

Die Cauda equina zeigt auf Querschnitten nach der Härtung eine innige Verkittung ihrer Nervenbündel durch die bindegewebigen Einstrahlungen, die von den adhärenten, verdickten und verschmolzenen Rückenmarkshäuten ausgingen. An der hinteren Partie waren diese Verwachsungen fester, die eingeschobenen Septa dichter und breiter, als in den vorderen Abschnitten der Cauda.

Die Faserbündel der hinteren Hälfte der Cauda equina enthielten denn auch fast nur degenerirte Nervenfasern, leere Scheiden, die in Intervallen spindelförmige Auftreibungen mit hyalinen Kugeln, feinkörnigem Fette und Pigment besassen.

Die vorderen Abschnitte der Caudabündel zeigten sich zum Theil ebenfalls hochgradig degenerirt und ihrer Markscheiden beraubt (Fettkörnchen, Vermehrung der interstitiellen Zellenelemente), zum Theil führten sie noch markhaltige Fasern, die aber im Allgemeinen verdünnt erschienen. Hochgradige Degeneration

boten die unterhalb der breiten Verwachsungsstelle gelegenen, wieder frei gewordenen Faserbündel sowohl des vorderen als des hinteren Abschnitts der Cauda.

Die vorderen Wurzeln oberhalb der Verwachsungsstelle wohl erhalten, nicht degenerirt, dagegen waren die hinteren Wurzeln des ganzen Lumbaltheils durch Bündel stark atrophischer, nur mit spärlichen Markresten besetzter Fasern repräsentirt. Doch fanden sich normale Fasern allerdings noch in ansehnlicher Zahl auf der linken Seite, während rechts die Degeneration vollständiger erschien.

Die hinteren Wurzeln des untersten Dorsaltheils zeigten keine Degeneration mehr.

Die genauere mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks ergab in den Hintersträngen — und nur in diesen — Degeneration in folgender Anordnung.

Im unteren Sacraltheil sind die Hinterstränge total degenerirt, mit Ausnahme eines kleinen, hart der Medianlinie anliegenden Feldes, das nach vorn bis etwa zur Mitte der letzteren reicht, und der der hinteren Commissur angrenzenden seitlichen Partien der Hinterstränge. In dem degenerirten Terrain finden sich keine markhaltigen Fasern mehr.

Im Lendentheil totale Degeneration der Hinterstränge; weniger intensiv ist dieselbe in den unmittelbar den hinteren Wurzeln angrenzenden Abschnitten, am intensivsten an der Peripherie und in der Medianlinie. Ganz frei ist kein Theil des Gebietes der Hinterstränge.

Im unteren Dorsaltheil ist ebenfalls Alles degenerirt mit Ausnahme zweier fast freier Felder, die ihrer Lage nach der Mitte des inneren Randes der hinteren Wurzeln entsprechen. In den der hinteren Commissur anliegenden Abschnitten finden sich noch Nervenfasern.

Im mittleren und oberen Dorsaltheil rückt die Degeneration nach der Mittellinie zusammen zur Form eines Keils, der mit seiner Spitze bis an die hintere Commissur reicht, mit der Basis ungefähr die Hälfte der Peripherie der Hinterstränge umfasst. Die Keilform ist streng gewahrt, ebenso ist die Degeneration auf beiden Seiten ganz symmetrisch.

In der Höhe des 8. Cervicalnerven wie in der Halsanschwellung selbst ist die Spitze dieses medialen Keils von der hinteren Commissur erheblich abgerückt und reicht nur bis zur Hälfte des sagittalen Durchmessers der Hinterstränge. Die Basis nimmt ca. $^1/_4$ der Hinterstrangperipherie ein.

Im oberen Cervicaltheil zeigt sich nahezu dasselbe Verhältniss; der Keil ist noch etwas schmaler geworden.

Zwischen Rückenmark und Medulla oblongata im Anfang der Pyramidenkreuzung erscheint als degenerirtes Feld ein Dreieck, dessen Basis sich wieder verbreitert hat, ca. $^1/_3$ der Peripherie der Hinterstränge symmetrisch beiderseits einnimmt. Die Degeneration verliert sich in den Kernen der Funiculi graciles.

Im rechten N. ischiadicus finden sich bei der mikroskopischen Untersuchung zahlreiche degenerirte Fasern einzeln und in Bündeln zwischen normalen.

Die Muskeln der rechten Unterextremität zeigten zum Theil, besonders

der Gastrocnemius, ausgedehntere und intensive Degeneration, zum Theil (Sartorius, Vastus extern.) nur partielle degenerative Veränderungen.

Es handelte sich demnach anatomisch um eine ausgiebige Compression der Nervenwurzeln der Cauda equina mit den obligaten secundären Degenerationen bestimmter Abschnitte der Hinterstränge durch die ganze Länge des Rückenmarks, mit secundärer Degeneration der direct betroffenen hinteren Wurzeln nach aufwärts, der betheiligten Plexusabschnitte und Nervenstämme nach abwärts, sowie einer degenerativen Atrophie der Muskeln.

Werfen wir einen Blick auf die lokale Ausbreitung der Hinterstrangdegeneration im Rückenmark, so finden wir im Lumbalmark die Hinterstränge total (mit Erhaltung weniger Nervenfaserreihen in den lateralen und vordersten Partien) erkrankt, im untern Dorsaltheil kommt eine zunächst schmale Zone längs der hinteren Wurzeln hinzu, die nach oben successive breiter wird, bis im mittleren Dorsaltheil die Degeneration die Form eines ganz regelmässigen Keils mit scharfer, dicht an die hintere Commissur reichender Spitze annimmt. Im Halstheil rückt die Spitze dieses Keils erheblich nach hinten, während auch die Basis des letzteren sich verschmälert, die Form aber immer geometrische Regelmässigkeit beibehält. Im Uebergangstheil hat das Degenerationsfeld weniger feste Contouren, sondern bietet mehr allmählichen Uebergang seiner Grenzen dar.

Eine Parallelisirung unseres Falles mit den Fällen von Compression der Cauda equina durch einen Tumor (Fälle von Lange, Simon), sowie mit den neuerdings von Schultze[1] beschriebenen von traumatischer Quetschung der Cauda equina (Fall 1 und 2) ist naturgemäss nahegelegt.

Der Effect der Compression musste bezüglich der anatomischen Folgeveränderungen derselbe sein, wie bei einem Tumor; während unser Fall bezüglich der Eigenart der Veränderung, der auf den untersten Abschnitt der Rückenmarkshäute beschränkten Meningitis isolirt steht.

In dem neusten von Schultze mitgetheilten Fall von secundärer Degeneration nach Quetschung der Cauda equina (Fall 1)[2] findet sich eine im Allgemeinen ähnliche Verbreitung der Erkrankung wie in unserem Fall. In den unteren Partien des Rückenmarks sind nur ganz unbedeutende Differenzen zwischen beiden Fällen vorhanden; dagegen weicht die Degeneration der medialen Partien der Goll'schen Stränge im oberen Dorsal- und Halsmark insofern von der unseres Falles ab, als bei ersterem die Figur bis zur hinteren Commissur heranreicht, und im oberen Dorsaltheil und unteren Halstheil wieder eine flaschenförmige Verbreiterung zeigt.

Das Bild des Degenerationsfeldes in unserm Falle steht, was die erwähnten Rückenmarkspartien anbetrifft, etwa in der Mitte zwischen dem von Schultze beschriebenen ersten Fall von Quetschung der Cauda equina und einem zweiten von Vernichtung der Ischiadicuswurzeln und des untersten Lendentheils. Der Unterschied wird sich am einfachsten dadurch erklären, dass in unserem Fall

[1] Beitrag zur Lehre von der secundären Degeneration des Menschen etc. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. XIV. H. 2.

[2] Siehe Abbildung l. c.

eine weniger weit hinaufreichende und intensive Zerstörung der Wurzeln der Cauda equina stattgefunden, als in Schultzes erstem Fall. Dass es wesentlich die Ischiadicusfasern sind, die in den höher gelegenen Abschnitten des Rückenmarks die peripher-medialen Abschnitte der Hinterstränge einnehmen, dürfte für unseren Fall, der auch in den Ischiadicusgebieten die ausgeprägtesten (sensiblen) Störungen bot, ganz gut zutreffen.

Wir haben den Erläuterungen Schultzes über die Form und Grösse der secundären Hinterstrangdegeneration, über die Bedeutung und Ausdehnung der sogenannten Goll'schen Stränge Nichts hinzuzufügen, schliessen uns vielmehr ganz seiner Auffassung an, die im Princip ja bereits von Kahler und Pick[1] ausgesprochen und auch in Einzelheiten durchgeführt ist: Dass die Goll'schen Stränge in ihrer gewöhnlich angenommenen Topographie keineswegs ein qualitativ von ihrem Nachbargebiet verschiedenes System sind, sondern nur die längsten Faserbündel desjenigen Systems von Nervenfasern darstellen, welche als centripetale Fortsetzung der hinteren sensibeln Wurzeln der Unterextremitäten anzusehen sind.

Ueber die Symptomatologie des Falles ist zu bemerken: Die Erklärung der wesentlichen Krankheitserscheinungen, der heftigen und hartnäckigen Schmerzen, der Blasen- und Mastdarmaffection, der auf zahlreiche Nervengebiete ausgebreiteten atrophischen Lähmungen mit den entsprechenden Aenderungen der elektrischen Erregbarkeit, der objectiven Sensibilitätsstörungen, auch des Ganges dieser Erscheinungen, der Remissionen speciell in den Lähmungssymptomen liegt in der Natur und dem Gang des meningitischen Prozesses, und der davon abhängigen degenerativen Veränderungen der comprimirten, irritirten und schliesslich erdrückten Nervenfasern. Klinisch beachtenswerth ist der Beginn mit abnormen Sensationen in der Sphäre des Rectum und Anus, die baldige und intensive Betheiligung von Rectum und Blase an der Lähmung.

Es ist — falls sich der anatomische Vorgang einer im untersten Theil des Spinalkanals und chronisch ablaufenden Meningitis wiederholen sollte — zu präsumiren und aus den anamnestischen Angaben unseres Falles abzuleiten, dass im Initialstadium vorwiegend Irritationserscheinungen von Seiten der hinteren Wurzeln in beschränkten Gebieten, eventuell mit visceraler Localisation hervorträten und vielleicht ein Bild hervorbrächten, das mit manchen anomal beginnenden Tabesfällen Aehnlichkeit hat. Später würden die Lähmungserscheinungen der unteren Extremitäten mit partiellen Muskelatrophien, die in bestimmten Nervengebieten zu localisirenden Anästhesien das Krankheitsbild genügend abgrenzen gegen die atrophischen Spinallähmungen einerseits, gegen die diffuse Myelitis andererseits, ein Bild, das der Natur der Sache gemäss freilich von einem Tumor der Cauda equina kaum zu unterscheiden wäre.

Für die syphilitische Natur des Krankheitsprozesses kann ich allerdings keinen directen anatomischen Nachweis beibringen. Residuen von gummösem Exsudat in den meningitischen Pseudomembranen oder unzweifelhaft syphilitische

[1] Zur Lehre von den Fasersystemen in den Hintersträngen des Rückenmarks. Zeitschr. f. Heilk. 1881. II.

Veränderungen anderer Organe wurden bei der Section nicht gefunden. Doch scheint mir schon die eigenthümliche Form der Spinalmeningitis in Zusammenhang mit der unzweifelhaften Lues in der Vorgeschichte des Kranken einen schwerwiegenden Anhalt für die Annahme der syphilitischen Natur des ersteren zu geben. Diese Form der chronischen Infiltration der Rückenmarkshäute, die mit der Bildung dicker, die Oberfläche der Nervencentra oder die abtretenden Nervenwurzeln comprimirender Schwielen einhergeht — als Resultat eines reichlichen, gallartigen Exsudats — darf wohl fast immer als der Syphilis zugehörig in Anspruch genommen werden.[1]

Obwohl in der Localisation verschieden, dürfte doch die Beobachtung von Bruberger (Virch.'s Arch. Bd. 60) einen ähnlichen Vorgang repräsentiren; die Meningitis mit massigem Exsudat und Bildung dichter Schwarten hatte sich hier über das ganze Rückenmark und die Basis cerebri ausgebreitet; der Zusammenhang mit Lues war evident.

II. Referate.

Anatomie.

1) **La capacità del cranio in rapporto alla statura,** del dott. G. Amadei. (Arch. per l'antropologia e l'etnologia. 1883. Vol. XIII. Fasc. 2.)

Eine anerkennenswerthe Arbeit, die auf Grund eines wohl einzig dastehenden Materials die Frage nach der Abhängigkeit der Schädelcapacität von der Körpergrösse behandelt. Verf. hat früher in einer (auch in diesem Centralbl. 1883. S. 395 besprochenen) Arbeit den Rauminhalt von 475 Irrenschädeln gemessen und ist bei der Discussion fast zu denselben Resultaten gelangt, wie Ref. Jetzt ist er in der Lage, zu 408 jener Schädel die zugehörige Körperlänge nachzutragen. Da das Wesentliche seiner neuen Arbeit in den Tabellen liegt, so muss auf das Original verwiesen werden, das für jeden Anthropologen von Werth ist. Hier sei nur hervorgehoben, dass die Capacität im Allgemeinen der Körpergrösse proportional ist; dass die „relative Capacität" (d. h. die Zahl der Kubikcentimeter Rauminhalt, die im gegebenen Fall auf jeden Centimeter Körperlänge kommt) im entgegengesetzten Sinne verläuft, und dass bei gleicher Statur die Capacität der Frauen wesentlich geringer ist, als die der Männer. Auffällige Ausnahmen von diesen Regeln werden in psychiatrischer Hinsicht den Verdacht auf abnormen Schädel- und Gehirnbau rechtfertigen.

Sommer.

Experimentelle Physiologie.

2) **On the cortical areas removed from the brain of a dog, and from the brain of a monkey.** A report by Dr. Klein, Mr. Langley and Prof. Schäfer. (Journ. of Physiol. 1883. IV. Dec.)

Die Untersuchung betraf die Gehirne der Thiere, welche Goltz und Ferrier und Yeo auf dem internationalen Congresse in London im Jahre 1881 der physiologischen Section vorgeführt hatten. Die Erscheinungen, welche die Thiere damals

[1] Vgl. Heubner, „Syphilis des Rückenmarks und seiner Häute" in Ziemssen's Handb. Bd. XI. I.

darboten, sowie die an die Demonstrationen sich anschliessenden Ausführungen der Experimentatoren sind bereits früher (Jahrg. 1882 S. 177) referirt worden.

Langley leitet seinen Bericht über den Befund an der rechten Hemisphäre des Hundes von Goltz mit einer sehr ausführlichen Darstellung der Furchen und Windungen des normalen Hundehirns ein. Er nennt, indem er die Constanz der Windungen und Furchen als Grundlage nimmt, die 3 vorderen Bogen der um die Fossa Sylvii ziehenden Windungen: Anterior sylvian, Anterior ecto-sylvian und coronal, von den hinteren 5 Bogen entsprechen die Posterior sylvian und Post. ecto-sylvian den analogen vorderen Bogen; die Coronal spaltet sich hinter der vom oberen Umschlagsrand der Hemisphäre herablaufenden Fissura ansata in die Posterior supra-sylvian und die ecto-lateral. Als letzter hinterer Bogen liegt oben, durch die Fissura ansata (minor) von dem hintern Schenkel des um den Sulcus cruciatus geschlungenen Gyrus sigmoideus (post. limb of sigmoid gyrus = frontalis posterior) getrennt, die Entolateral convolution, an die sich nach hinten die Postsplenial und Suprasplenial anlegen. Der vordere Schenkel des Gyr. sigmoid. entspricht unserem Gyr. praefrontalis (Front. anter. Pansch). Die Windung, in welche die vorderen Enden der Bogenwindungen zusammenfliessen, bezeichnet L. als Anterior composite, die entsprechende hintere als Posterior composite.

Vollständig entfernt waren an der rechten Hemisphäre des Goltz'schen Hundes vom ersten Windungszuge: fast der ganze laterale Abschnitt vom vorderen Schenkel des Gyrus sigmoideus, der laterale Theil des hinteren Schenkels dieses Gyrus, das hintere Drittel der Endolateral-Windung und Theile der ganz hinten gelegenen Suprasplenial und Postsplenial-Windungen. Vom 3. Windungszuge waren nur schmale Reste am vorderen Ende der Coronal und am medianen Theil der Ecto-lateral-Windung zurückgeblieben. Der 2. Windungszug war bis auf ein schmales vorderes Stück der Coronalwindung ganz entfernt; vom 1. Windungszug die Posterior-sylvian weggenommen. Ausserdem fehlten noch kleine Stücke der vorderen und hinteren Composite-Convolution und des Lobus suborbitalis. Auch war an der rechten Gehirnhälfte die graue Substanz des Corpus geniculatum externum und ein Theil des Corp. genicul. intern., sowie die anstossenden Partien des Thalamus opticus degenerirt.

An der von Klein untersuchten linken Hemisphäre war die Ausdehnung der Verletzung eine geringere, indem nach vorne blos der mittlere Theil des Posterior sigmoid. Gyrus weggenommen war und der grösste Theil der Coronal-Windung hier erhalten war. Nach hinten war die Verletzung annähernd ähnlich der rechten Seite, jedoch überschreitet die Begrenzung des Effects am hinteren Ende der Hemisphäre die Umschlagstelle anscheinend nicht wesentlich, während an der rechten Hemisphäre auch die hintere innere Fläche des Hinterhauptlappens stark in Mitleidenschaft gezogen worden war.

Goltz hatte angegeben, dass das Thier zuweilen und zwar häufiger mit den Hinterpfoten ausgleite und mitunter mit der linken Körperhälfte an Gegenstände anstosse. Er hatte demonstrirt, dass bei Quetschen der linken Hinterpfote eine deutliche Empfindungsäusserung folgte. Vergleicht man, was ja im Grossen und Ganzen möglich, die Lage der Munk'schen Rindenfelder mit dem Umfange der Läsion, so zeigt sich, dass auf der linken Hemisphäre nur die Fühlsphäre des rechten Vorderbeines einen kleinen Verlust erlitten hat, die Hinterbeinregion nur gestreift ist, auf der rechten Hemisphäre ist jedenfalls ein grosser Theil der Region für das linke Hinterbein stehen geblieben (p. 293), dagegen ist die Vorderbeinregion rechts sehr umfassend oder ganz entfernt worden.

Das Verhalten gegenüber Gesichtseindrücken wurde von Goltz als Theilnahmlosigkeit bei erhaltenem Sehen gedeutet, von Yeo als auf Einschränkung des Gesichtsfeldes und theilweise als auf Gewöhnung an bestimmte Vorgänge beruhend angenommen. Jedenfalls war die Rinde des Hinterhauptlappens nicht in ganzer Ausdehnung entfernt, namentlich links nicht, aber auch rechts blieben kleine Stücke zurück.

An dem von Schäfer untersuchten Ferrier'schen Affen beschränkte sich die Läsion auf die Wegnahme der vorderen und hinteren Centralwindung und der Scheitelläppchen linkerseits; sie ging nur wenig auf das Stirnhirn über, Schläfen und Hinterhauptshirn, sowie die innere Oberfläche der Hemisphäre sind ganz intact geblieben. Auch an den Centralwindungen blieben schmale Stellen erhalten. In der inneren Kapsel waren einzelne nicht ganz geschlossen, sondern mehr zerstreut liegende Bündel degenerirt; im Fusse des Hirnschenkels lag die Degeneration ziemlich in der Mitte. Jenseits der Pyramidenkreuzung zeigte sich die Hauptmasse der degenerirten Fasern auf der rechten Seite in der Gegend der Formatio reticularis, ein kleiner Theil verbleibt in dem linken Vorderstrange und scheint sich theilweise gegen die linke Formatio reticularis hinzuwenden, er ist aber an etwas tiefer gelegenen Schnitten nicht mehr zu finden. Im Halsmarke lag in dem Hinterstrange rechterseits ein unregelmässiges, dreieckiges, nicht scharf begrenztes Degenerationsfeld. Ausserdem fand sich auf der linken (nicht gekreuzten) Seite eine symmetrisch zu den rechtsseitigen Degenerationsflecken gelegene Stelle im Hinterseitenstrange, an welcher ebenfalls eine, wenn auch nicht so intensive Degeneration von Nervenfasern auf allen Schnitten nachweisbar war. In dem Brust- und Lendentheile war die Degeneration nur einseitig auf der rechten Seite vorhanden.

Da Sch. den Befund doppelseitiger Degeneration in den Pyramiden-Seitenstrangbahnen höchst überraschend („perplexing") nennt, sei es erlaubt, darauf hinzuweisen, dass Ref. schon vor einiger Zeit nach grossen einseitigen Grosshirnverletzungen beim Hunde auch in der gleichseitigen Pyramidenseitenstrangbahn eine schwache Degeneration gefunden hat (Jahrg. 1883 S. 24). Moeli.

---

3) **Ett enkelt förfaringssätt att bestämma muskelsinnets skärpa** af Magnus Blix. (Upsalaläkarefören. Förh. 1884. XIX. 2. S. 123.)

Die höchst einfache Methode, die Schärfe des Muskelsinns zu bestimmen, welche B. vorschlägt, ist die folgende. Wenn man z. B. die Schärfe des Muskelsinns an einem Arme messen will, sitzt oder steht das Versuchsobject angelehnt, mit herabhängenden Armen und hält in der Hand des zu untersuchenden Armes einen Bleistift; auf Armeslänge entfernt vor ihm und in der Höhe seiner Schulter ist ein Blatt Papier an der Wand oder an einer Tafel in vertikaler Lage angebracht, auf dem eine Marke aufgezeichnet ist. Die zu untersuchende Person hebt nun, ohne sich im Uebrigen zu rühren, den Arm, führt unter Controle der Augen die Spitze des Bleistiftes nach der Marke und führt den Arm wieder in die herabhängende Stellung zurück. Darauf muss die Versuchsperson die Marke mit geschlossenen Augen zu treffen suchen. Derselbe Versuch wird abwechselnd mit offenen und mit geschlossenen Augen wiederholt, sodass die Bewegungen abwechselnd unter Controle des Gesichtssinnes geschehen oder nur auf die Leitung des Muskelsinns angewiesen sind. Bei den Bewegungen mit geschlossenen Augen verfehlt die Spitze des Bleistiftes das Ziel mehr oder weniger und jedesmal entsteht ein Bleistiftpunkt auf dem Papier. Wenn der Versuch oft genug wiederholt worden ist, misst man die Abstände der verschiedenen Bleistiftpunkte auf dem Papier und dividirt die Summe der Abstände durch die Anzahl der Punkte, oder richtiger der einzelnen Versuche. Der Quotient ist der mittlere Fehler. Die Wirkung der Aufmerksamkeit oder der Uebung ist hierbei allerdings nicht auszuschliessen, aber die Verbesserung des Resultats durch die Uebung erreicht bald eine gewisse Grenze, so dass dieser Fehler durch möglichst häufige Wiederholung des Versuchs verringert wird. Die Anordnung des Versuchs kann in ihren Einzelheiten vielfach abgeändert werden und muss auch modificirt werden, wenn es sich um andere Muskeln als die des Armes handelt. Vorläufig hat B. nur eine Anzahl Gesunder untersucht und in 3 Fällen als mittleren Fehler ge-

funden: 26,7 — 14,5 — 21,2 Millimeter, nach 3tägiger Uebung 16,4 — 13,5 — 10,8; in 6 weiteren Fällen bei dem ersten Versuch 16,8 — 17,7 — 14,2 — 17,5 — 25,5 — 45,2, nach 4tägiger Uebung 11,8 — 14,6 — 15,6 — 11,5 — 12,6 — 22,4 Millimeter. Bei der grossen Verschiedenheit der Werthe, die sich auch bei Gesunden findet, ist es schwer, eine Grenze zwischen normalen und in geringem Grade herabgesetztem Muskelsinn zu ziehen, diese muss erst durch Erfahrung festgesetzt werden. Bei Ataxie Messungen anzustellen, hat B. keine Gelegenheit gehabt.

Walter Berger.

Pathologische Anatomie.

4) Myelitis chron. diffusa par le Dr. Raymond, Paris. (Gazette méd. de Paris. 1884. 1 et 3.)

Es handelt sich um einen 59jährigen Mann, der seit mindestens 23 Jahren an einer Erkrankung des Rückenmarks gelitten hatte. Nach jahrelangen und maasslosen Excessen in Baccho et Venere und nachdem er mit 25 Jahren secundär syphilitisch gewesen war, bemerkte er mit 36 Jahren Schwäche in den Beinen, die sich nach 3 Jahren zu vollständiger Lähmung entwickelte, während nach und nach auch die oberen Extremitäten paralytisch wurden. Gürtelschmerz, Fehlen des Kniephänomens, ausgebreitete Muskelatrophie. In der sensiblen und sensorischen Sphäre keine Störung (Lungentuberculose). — Häufiges Schlucksen, viel Erbrechen. Tod den 13. Februar 1882.

R. hat nun eine sehr sorgfältige histologische Untersuchung vorgenommen, um zu sehen, ob und wie weit bei einer so lange bestehenden Rückenmarksaffection das Gehirn, speciell die motorische Rindenzone, in Mitleidenschaft gezogen werde.

Makroskopisch am Gehirn nichts Abnormes, ausser grosser Anämie. Am Rückenmark fand sich eine diffuse, keinem bestimmten System angehörende Myelitis: die graue Substanz der Vorder- und Hinterhörner und alle Theile der weissen Substanz waren mehr oder weniger erkrankt. Es bestand entzündliche Vascularisation, Kernwucherung, glasige und pigmentäre Entartung der Ganglienzellen, Auftreibung der Axencylinder, Untergang der Nervenfasern. — Der im Lendentheil beginnende Prozess war am stärksten im Dorsaltheile und setzte sich in abnehmender Stärke durch den Bulbus bis in die Pedunculi cerebri fort. — Die weisse Substanz des Rückenmarks war am stärksten in den die grauen Säulen umgebenden Theilen, sowie im Gebiet der vorderen und hinteren Wurzelfasern erkrankt.

R. giebt sodann eine eingehende Beschreibung der einzelnen Kerne und Stränge der Med. obl., die grösstentheils afficirt waren.

Am Gehirn konnte er, ausser einer leichten Pigmentirung der Ganglienzellen der Rinde, nichts Abnormes finden.

Auch an den peripherischen Nerven, den sensiblen sowohl wie den Muskelnerven, war keine Störung nachzuweisen.

Hadlich.

Pathologie des Nervensystems.

5) Contribution à l'étude de l'hémichorée symptomatique dans les lésions cérébrales par M. Mabboux. (Revue de médecine. 1883. Déc. p. 1054.)

Bei einem schon seit längerer Zeit Zeichen von Geistesschwäche und melancholische Wahnideen darbietenden 23jährigen Soldaten trat am 17. Mai 1883 plötzlich, ohne Bewusstseinsverlust, eine starke rechtsseitige Hemichorea ein. Die Sensibilität der befallenen Seite verhielt sich vollständig normal; ebensowenig konnte eine deutliche Parese der betroffenen Glieder nachgewiesen werden. Die choreiformen

Zuckungen steigerten sich von Tag zu Tag, so dass sie schliesslich einen förmlich convulsivischen Charakter annahmen. Am 2. Juni trat während eines mehrstündigen „eclamptischen Anfalls", welcher aber auch jetzt auf die rechte Seite beschränkt blieb, vollständiger Bewusstseinsverlust, stertoröses Athmen und schliesslich der Tod ein. Die Autopsie ergab ausser einer chronischen Leptomeningitis einen haselnussgrossen Herd, welcher im hinteren Abschnitt der inneren Kapsel zwischen Linsenkern und Thalamus opticus gelegen war. Die Mitte des Herdes wurde von einem älteren Blutgerinnsel gebildet, welches von einer hämorrhagischen Erweichungszone umgeben war. In allen übrigen Theilen des Gehirns und in den sonstigen Körperorganen nichts Besonderes.

Bemerkenswerth in dem Fall ist das Fehlen einer gleichzeitigen Hemianästhesie und Hemiplegie. Die hierüber vom Verf. angestellten Betrachtungen sind im Original nachzusehen. Strümpell.

---

6) **Hémiplégie faciale inférieure, hémiplégie brachiale légère avec paralysie complète des extenseurs de la main sur l'avantbras, à gauche, survenues à la période ultime d'une affection cardiaque** par le Dr. F. Sorel. (Revue de médecine. 1883. Sept. p. 765.)

Eine 50jähr. Patientin mit einem seit längerer Zeit bestehenden Mitralklappenfehler erlitt zuerst eine Embolie in die linke Art. cruralis mit nachfolgender Gangrän des linken Beines und wenige Tage vor ihrem Tode eine plötzlich eintretende Lähmung des linken unteren Facialis und eine Lähmung im linken Arm, welche vorzugsweise die Strecker des Handgelenks betraf. Die Sensibilität blieb intact. — Die Section ergab einen frischen embolischen Erweichungsherd in den mittleren Dritteln der hinteren und vorderen Centralwindung. Strümpell.

---

7) **Note sur un cas de compression de la protubérance par dilatation anévrysmale du tronc basilaire** par Hallopeau et Giraudeau. (L'Encéphale. 1883. No. 6. p. 657—666; avec figure.)

In dem vorliegenden Fall fand sich die A. basilaris zu einem haselnussgrossen Aneurysma erweitert und in der Weise verlagert, dass das untere Ende am linken unteren, das obere am rechten oberen Rande der Brücke lag, und der Tumor vorzugsweise die rechte Brückenhälfte, in die er auch eine Vertiefung gegraben hatte, comprimiren musste. Die Erscheinungen während des Lebens begannen — etwa 6 Monate vor dem Tode — mit Gürtelgefühl, Gefühl von Taubheit in den Beinen; dann stellte sich unvollkommene, an Intensität wechselnde, allmählich zunehmende Lähmung sämmtlicher Extremitäten ein, die später auf der linken Seite weit intensiver wurde; Abstumpfung der Sensibilität, Verlust des Kniephänomens, Andeutung von Ataxie, Sprachstörungen, Incontinentia urinae et alvi, Abweichung der Zunge nach links, Verlust der Hautreflexe linkerseits; dazwischen Anfälle von Zuckungen vorzugsweise in der linksseitigen Extremitätenmusculatur. 3 Tage vor dem Tode verfällt der Kranke in Coma, begleitet von Zuckungen im rechten Orbicularis palpebrarum und frontalis, sowie von Bulbusbewegungen im Sinne der Déviation conjuguée nach rechts. Vorher schon war bemerkt worden, dass der Kranke den Kopf etwas hintenübergebeugt hielt und Beschwerden beim Schlucken zeigte. Jetzt stellten sich Respirationsstörungen ein; die Athmung wurde mühsam, frequent, der Kranke cyanotisch; er hielt, während er in tiefem Coma lag, den Kopf nach hinten. Neigte man ihn nach vorn, oder setzte man den Pat. auf, so stand sofort die Athmung in Exspirationsstellung still, gleichviel in welcher Phase sie sich befunden hatte; sie kam sofort wieder in Gang, wenn man den Kopf rückwärts neigte. Dieses Experiment

konnte in den letzten 12 Stunden vor dem an Asphyxie erfolgenden Tode beliebig oft mit gleichem Erfolg wiederholt werden. Eine ausreichende Erklärung für diese Erscheinung geben die Verff. nicht. Tuczek.

---

8) **Ein Fall von Hysterie mit spontaner Hypnose** von Rybalkin. (Mitgetheilt und demonstrirt in der Sitzung der St. Petersburger psychiatrischen Gesellschaft am 5. November 1883. Russisch.)

Ein 19jähriges anämisches Mädchen, dass an gewöhnlichen hysterischen Erscheinungen leidet und ausserdem linkerseits mit Hemianästhesie, Verlust des Muskelgefühls, Anosmie, Taubheit und Gesichtsfeldbeschränkung behaftet ist, verfällt seit 2 Jahren täglich spontan zu der nämlichen Zeit in Hypnose. Während derselben bietet sie beiderseitige Anästhesie, Hyperästhesie des linken Ohres und das Phänomen erhöhter neuromusculärer Reizbarkeit. Druck auf einen Augapfel bewirkt Hemilethargie der gegenüberliegenden Körperhälfte, und die in diesem Zustand an den Gliedern hervorgerufenen Contracturen lassen sich durch Streicheln der Antagonisten lösen. Die Hypnose wird nach 15—20minutenlangem Bestehen von Somnambulismus gefolgt, indem Patientin sich von ihrem Lager erhebt, mit geschlossenen Augen umhergeht, Bekannte, sowie verschiedene Gegenstände durch Betasten erkennt, ohne indess auf Tast- oder Schmerzreize zu reagiren. In diesem Zustand beantwortet sie Fragen, die man an sie stellt, treffend und sogar witzig vermittelst verschiedener Geberden oder schriftlich, als ob sie nicht sprechen könnte. Beim Nennen ihres Namens, bei heftigem Geräusch oder Application eines starken Inductionsstroms erwacht sie plötzlich und behauptet, sich des Geschehenen nicht zu entsinnen. Bezeichnete Erscheinungen spielen sich in derselben Reihenfolge ab, wenn die Hypnose künstlich (durch Fixation im Laufe von 6—7 Minuten) hervorgerufen wird. Durch oftmalige künstliche Hypnotisation gelang es R., die spontanen hypnotischen Anfälle zu beseitigen. Ausser diesem Mittel wurden kalte Bäder und Argentum nitricum angewendet. P. Rosenbach.

---

9) **Du Mutisme hystérique** par le Prof. Revilliod. (Revue méd. de la Suisse romande. 1883. No. 10.)

R. theilt mehrere Beobachtungen (2 davon ausführlich) mit von Kranken, zwei männlichen und zwei weiblichen, die er für Hysterische hält und bei denen er einen charakteristischen Verlust der Sprache, zum Theil sogar jedes Lautes constatirte. — Zwei dieser Kranken wurden von Dr. Wyss genau laryngoskopisch untersucht und dabei Folgendes gefunden: Die Ab- und Adduction der Stimmbänder ging ganz gut von Statten, aber die Spannung der Stimmbänder fehlte, dieselben zeigten sich faltig, buchtig, flottirend in der Athemluft. Bei dem Versuche, ein Wort oder einen Ton hervorzubringen, erfolgte absoluter Verschluss der Stimmritze, und es bedurfte einer gewissen besonderen inspiratorischen Anstrengung, um die Respiration wieder in Gang zu bringen.

R. hält dafür, dass in diesen Fällen die vom N. laryngeus sup. innervirten Musc. crico-thyreoidei, welche die Spannung der Stimmbänder bewirken, gelähmt sind, bei ungestörter Thätigkeit der vom N. recurrens versorgten Muskeln; und zwar sei diese isolirte Lähmung des N. laryngeus sup. ein pathognomonisches Zeichen bestehender Hysterie. Weitere Symptome dabei waren „ein gewisser Grad von Anästhesie“ am Isthmus faucium und am Eingang zum Larynx; ferner ein empfindliches Gefühl von Athemnoth. — Elektricität und Strychnin-Injectionen zeigten sich am wirksamsten.

Nachdem R. obige Beobachtungen in der medicinischen Gesellschaft zu Genf (den 5. Sept. 1883) vorgetragen hatte, wurde in der Discussion von verschiedenen

Seiten bestritten, dass bei den mitgetheilten Krankengeschichten es sich um Hysterie gehandelt hätte; auch würde eine blose Lähmung des N. laryngeus sup. nicht völlige Stummheit erzeugen können. Hadlich.

---

10) Two cases of hysteria by G. L. Walton. (Arch. of medicine. 1883. X. 1.)

1) Eisenbahnbeamter von 55 Jahren, früher ganz gesund, aber vor 5 Monaten in Folge eines schweren Traumas der rechten Seite erkrankt. Seitdem heftige Rückenschmerzen, Abnahme der Libido sex., psychische Reizbarkeit bei weinerlicher Stimmung, motorische Schwäche und eine fast totale Anästhesie der rechten Körperhälfte; links war nur eine Abnahme des Empfindungsvermögens zu constatiren. Ausserdem concentrische Gesichtsfeldbeschränkung, rechts bedeutender als links. Sehschärfe rechts sehr herabgesetzt, ebenso die Farbenperception. Physikalische Untersuchung ohne Resultat.

Gehör beiderseits abgeschwächt: rechts wird die sonst auf 60—80 cm hörbare Uhr nur bei Contact am Felsenbein, links auf 30 cm Distanz gehört. Geruch und Geschmack fehlen rechts völlig.

Ein starker Elektromagnet, dem rechten Arm fast unmittelbar anliegend, bringt nach 30 Minuten völlige Rückkehr der Sensibilität. Derselbe Elektromagnet ruft nach 20minutiger Application an dem (anästhetischen und tauben) rechten Ohr vollständige Sensibilität und Hörvermögen auf 10 cm Distanz hervor. Keine Transfererscheinung; Dauer der Besserung einige Stunden. Zur Controle wurde der Electromagnet auch im unwirksamen Zustande (also bei nicht geschlossenem Strom) angelegt und blieb ohne jede Einwirkung bei dem von dieser Prüfung natürlich nichts ahnenden Patienten. Unter weiterer Behandlung mit Elektricität und Hydrotherapie wurde übrigens nach etwa 7 Wochen eine sehr bedeutende Besserung aller Krankheitserscheinungen erzielt.

2) Gut entwickeltes 16jähriges Mädchen mit Dysmenorrhoe seit einem Jahre. Seit 4 Monaten ausserordentliche Hyperästhesie der ganzen oberen linken Körperhälfte, ausser der Hand; vor 3 Monaten in Folge von Schreck ein 2stündiger Anfall von Bewusstlosigkeit. Sehr reizbares und explosives Wesen. Die Untersuchung ergiebt neben der sehr schmerzhaften Hyperästhesie, speciell der linken Mamma, eine concentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes mit Herabsetzung der Sehschärfe auf $^1/_5$ links. Farbenperception ist nur für blau richtig. Ferner fehlt das Gehör, der Geruch und der Geschmack links völlig. Das Seltene des noch in Behandlung befindlichen Falles liegt darin, dass bei absolutem Ausfall specifischer Sinnesempfindungen die betreffenden Sinnesorgane nicht wie sonst regelmässig bei Hysterie, anästhetisch sind. Während der weiteren Beobachtung hat sich übrigens die Hyperästhesie auch auf die rechte obere Körperhälfte ausgedehnt, aber bis jetzt ohne Störung der rechtsseitigen Sinnesorgane.

Nachtrag. Seit jener Veröffentlichung hat Verf. (im Boston medical and surgical journal 1883) einen neuen Fall von schwerer Hysterie mit Hemianästhesie etc. im Anschluss an die Explosion einer Granate neben dem etwa 20jähr. Pat. mitgetheilt. Auf Grund der Arbeiten von Page und Putnam über „Railway spine" und gestützt auf seine eigene erste und dritte Beobachtung, schliesst er sich nun der Ueberzeugung jener an, dass die scheinbaren Rückenmarkserschütterungen nach Eisenbahnunglücken und ähnlichen schreckhaften Unfällen sehr häufig im Gehirn ihren wahren Sitz habe und den Charakter schwerer Hysterie auch bei Männern annehme.

Sommer.

---

11) Zur Symptomatologie der Rückenmarkscompression bei tuberculöser Caries der unteren Halswirbel von O. Kahler. (Prag. med. Wochenschr. 1883. Nr. 47—52.)

Auf Grund der Thatsache, dass der wesentliche Factor der Compression bei der in Rede stehenden Affection meist die Pachymeningitis ext. caseosa ist, und veranlasst durch eine eigene Beobachtung, welche ergab, dass trotz des Bestehens einer zum Tode führenden Rückenmarksläsion die directen Symptome der Knochen- und Gelenksaffection während des ganzen Verlaufes fehlten, versucht K. eine genauere Symptomatologie der gedachten Affection festzustellen.

Die erste Erscheinung ist ein meist einseitig die oberen Extremitäten befallender, zuweilen in den Nacken ausstrahlender Schmerz, der zuweilen auf einer Gelenksregion localisirt, eine Gelenksaffection vortäuschen kann; zuweilen finden sich blos Parästhesien, selten Sensibilitätsdefecte. In einzelnen Fällen fehlen diese Erscheinungen und als erste Erscheinung zeigt sich eine Atrophie einzelner Muskeln der Arme oder des Schultergürtels, auffallend häufig anfänglich localisirt und beschränkt auf die Binnenmuskeln einer oder beider Hände; die Ausbreitung der Atrophie findet in atrophischer Weise entweder zuerst auf die Muskeln der Beugeseite oder auf jene der Streckseite, dann auf die des Oberarms oder Schultergürtels; die Lähmung entspricht dem Grade der Atrophie. Die Untersuchung der elektrischen Erregbarkeit erzielt normales oder wenig gesunkene Erregbarkeit für beide Stromesarten und an vereinzelten Muskeln, besonders der Hand, partielle Entartungsreaction und Andeutungen completer Entartungsreaction. Nimmt man zu den genannten Erscheinungen noch die aus jenen resultirenden Difformitäten der Hand, so ergiebt sich für eine Reihe von Fällen dieses Stadiums eine auffallende Aehnlichkeit mit der progressiven Muskelatrophie. Abweichend von dieser ist der Verlauf der Atrophie, der ein rascher ist. Für die geschilderte Gruppe von Fällen von Wirbelcaries, welche K. von den andern geschieden wissen will, nimmt er als Ursache eine Pachymeningitis ext. an der Vorderfläche des Rückenmarks an, durch welche dieses in mässigem Grade und von vorn her comprimirt wird, wofür sich auch mehrere Sectionsbefunde anführen lassen. Die zweite Gruppe von Wirbelcaries zeigt gleich anfänglich Zeichen einer in- und extensiv schwereren Rückenmarksaffection, relativ rasche motorische und sensible Lähmung der Extremitäten und des Rumpfes und zwar gleichmässig Arm und Beine befallend, oder in hemiplegischer Form, oder selten und vorübergehend als cervicale Paraplegie; die meist zuerst auftretenden motorischen Lähmungen zeigen alsbald oder später spastischen Charakter, den Schluss bilden Sphincterenlähmung und Decubitus; zuweilen kommen auch Besserungen und selbst Heilung vor. Die im Verlaufe auftretende Muskelatrophie, localisirt an den Armen und am Schultergürtel, ist eine ziemlich allgemeine, nur einzelne Muskeln und Muskelgruppen stärker beschlagend. Die elektrische Untersuchung ergab (in 2 untersuchten Fällen) normale Erregbarkeit für beide Stromesarten und nur an einzelnen Muskeln partielle Entartungsreaction. Pathologisch-anatomisch ergeben sich für diese Gruppe Befunde stärkerer Zerstörung und Dislocation der Wirbel.

Anhangsweise erwähnt K. die Symptomatologie einzelner Fälle, deren pathologisch-anatomische Bestätigung noch aussteht: es entwickelt sich eine auf eine bestimmte Muskelgruppe der Arme oder des Schultergürtels beschränkte Muskelatrophie, die dann durch Jahre bestehen bleibt; daneben zeigen sich manifeste Symptome von Wirbelaffection. In einem Falle fand sich neben einem Senkungsabscess einseitige Atrophie des Serratus antic. major.

Bezüglich der pathogenetischen Deutung der in der ersten Reihe von Fällen beobachteten Muskelatrophie zeigt K., dass dieselbe wahrscheinlich von der Erkrankung der Vorderstränge und der Vorderhörner abhängt, wofür ausser den Befunden bei experimenteller Rückenmarkscompression auch ein Befund von Proust und Ballet

spricht. Dafür ist auch anzuführen, das Verhalten der Sehnenreflexe an den Armen, welche nicht wie bei Neuritis fehlen, vielmehr deutlich entwickelt sind.

Pupillarphänomen fanden sich in K.'s Fällen mit Rücksicht auf den tiefen Sitz der Läsion niemals, Pulsverlangsamung einmal vorübergehend; constant dagegen gleichzeitig mit dem Auftreten schwerer Lähmung bedeutende Zunahme der Pulsfrequenz.

Bezüglich der 5 eingehend mitgetheilten Beobachtungen, davon eine mit Sectionsbefund, muss auf das Original verwiesen werden. A. Pick.

---

12) Crampe fonctionelle du cou par Ch. Féré. (Revue de médecine. 1883. Sept. p. 769.)

F. beschreibt 2 Fälle von Accessorius-Krampf aus der Praxis von Charcot.

Im ersten Fall, welcher einen 32jähr. Herrn betraf, bestand der Krampf schon seit 3 Jahren. Beim Liegen empfand Pat. keinerlei Behinderung der Bewegungen des Kopfes, ebensowenig wenn er sass und seinen Kopf, sowie seinen rechten Arm gut unterstützen konnte. Sobald aber der Kopf nicht mehr unterstützt war, begann er sich nach links zu drehen. Bei stärkeren Bewegungen (z. B. beim Treppensteigen) wurde der Krampf im rechten Sterno-cleidomastoideus so stark, dass das Kinn beinahe auf die linke Schulter zu liegen kam. Weitere objective Veränderungen, Sensibilitätsstörungen und dergl. fehlten vollständig.

Der zweite Fall betrifft einen seit 5 Jahren bestehenden tonischen Accessorius-Krampf der rechten Seite bei einem 55jährigen Geschäftsmann. Auch hier zeigte der Kopf keine Abweichung von seiner Stellung, wenn er allseitig gut unterstützt wurde, während er sonst durch die Contraction des rechten Sternocleidomastoideus und Cucullaris ganz nach der rechten Schulter zu gezogen wurde. In diesem Falle bestanden auch heftige Schmerzen in der rechten Seite des Halses, welche in den rechten Oberarm ausstrahlten.

Ueber den weiteren Vealauf der Fälle ist nichts mitgetheilt.

Strümpell.

Psychiatrie.

13) Sur la théorie de la paralysie générale par Baillarger. (Annales médico-psychologiques. 1883. Janvier—Novembre.) [Schluss.]

IV. Natur und pathologische Physiologie der Folie paralytique.

Die Läsionen, welche für die ersten Perioden der allgemeinen Paralyse angenommen werden müssen, sind noch recht verschieden definirt.

Vasomotorisch-spastische Zustände der Gefässe (Luys), Anomalien der Blutvertheilung (Meynert, Lubimoff) und daher rührende Störungen in der Textur und dem Leben der feinen cellulären Gebilde; Congestivstösse und Ischämien (Foville), welche eine functionelle Erregung der betreffenden nervösen Theile hervorrufen, werden als Grundlagen der psychischen Initialerscheinungen angesprochen.

Die Uebererregung wird als Grund der Ataxien angesehen; die Sclerose durch interstitielle Hyperplasie des Bindegewebes und die Degeneration der Gangliengebilde als Grundlage der Demenz und Lähmung.

Der Grund der initialen circulatorischen Vorgänge kann mannigfach sein (moralische Aufregungen, intellectuelle und sensuelle Excesse etc.).

Darin unterscheidet sich die Aetiologie der Folie paralytique in Nichts von der der einfachen Psychosen. Es handelt sich um Symptome perverser Function, welche durch einfache circulatorische Störungen bedingt sein können.

Wie der einfache Irrsinn kann auch die Folie paralytique durch Erblichkeit hervorgerufen sein.

Man hat aber eine specielle Neigung zu cerebralen Congestionen bei im mittleren Lebensalter stehenden Männern als besonders disponirend angesehen, ja diesen Umstand sogar für das seltene Auftreten der einfachen Manie bei Männern im Alter von 30—60 Jahren verantwortlich gemacht.

Mendel nimmt sogar an, dass jeder Anfall von Manie bei einem Manne von 35—40 Jahren, in den grossen Städten wenigstens, den Verdacht beginnender Paralyse rege machen müsse.

Danach könnte man versucht sein, anzunehmen, dass im mittleren Lebensalter bei Männern die Folie paralytique die einfache Manie vertrete.

So würde auch die Vereinigung der beiden, sonst ganz verschiedenen Formen, der Folie paralytique und der Dementia paralytica erklärlicher, wobei von Neuem daran erinnert wird, wie die Folie paralytique ohne alle somatischen Erscheinungen vorkommen kann.

Dafür kennzeichnet sie sich aber durch das Auftreten der charakteristischen Grössenwahnideen, welche das Vorspiel der organischen Läsionen bilden, welche sehr verschieden von denjenigen sind, mit welchen das Krankheitsbild der einfachen Geistesstörung abschliesst.

Es hängt von dem Ueberwiegen des „vesanischen" oder des somatischen Elements ab, ob in den Fällen, in welchen die beiden Constituenten der allgemeinen Paralyse zusammentreten, das Krankheitsbild nach der einen oder der anderen Richtung gefärbt sein wird.

Gegenüber der Ueberwiegenden erscheint dann die Andere accessorisch.

Die Folie paralytique wäre danach eine Abart der Geistesstörung, zu welcher sich im mittleren Lebensalter, und vorwiegend bei Männern, ein neues Element, gekennzeichnet durch die speciellen Wahnvorstellungen und die körperlichen Symptome, hinzugesellt.

Sie ist daher eine Geistesstörung „cum materia".

Baillarger zieht resumirend folgende Schlüsse:

1) Die allgemeine Paralyse hat nur zwei constante und pathognostische Symptome, die Demenz und die Lähmung. Sie ist eine essentielle Dementia paralytica.

2) Die Dementia paralytica durchläuft in einer grossen Anzahl von Fällen alle ihre Perioden, ohne dass der Kranke Wahnvorstellungen hat. Sie ist daher von der geistigen Störung unabhängig.

3) Es giebt eine Abart der Geistesstörung, welche durch Grössenwahn oder hypochondrische Vorstellungen charakterisirt ist, specielle Charaktereigenschaften äussert und zu welcher vielfach Symptome musculärer Ataxie hinzutreten.

Diese Art der Geistesstörung, welche, je nach den Fällen, bald als einfacher Irrsinn, bald als eine Form der allgemeinen Paralyse betrachtet wurde, hat eine Existenz für sich. Sie stellt, selbst in den leichteren Fällen, eine Androhung der allgemeinen Paralyse dar. Man kann sie unter dem Namen der Folie paralytique bezeichnen.

4) Zu dieser Form sind alle in den letzten Jahren unter der Bezeichnung der allgemeinen Pseudoparalyse beschriebenen Fälle, wenigstens die „vesanischen" Formen derselben, zu rechnen.

5) Die Folie paralytique kann in Heilung ausgehen, zuweilen in einfache Demenz ohne Lähmung. In der Mehrzahl der Fälle geht sie in die Dementia paralytica über.

Die Letztere ist, entgegengesetzt den Ansichten der unitären Theorie, daher häufig eine secundäre Krankheit.

6) Die Folie paralytique kann bei schon von chronischer Periencephalitis befallenen Kranken ausbrechen. Sie bildet dann eine wirkliche Complication.

7) Die Ausbrüche der Folie paralytique, welche man als Complication im Beginn der allgemeinen Paralyse beobachtet, heilen häufiger; aber die anfängliche und primäre Krankheit setzt ihren Gang fort. Dies ist die Bedeutung der Remissionen bei der allgemeinen Paralyse.

8) Die Folie paralytique zeigt, abgesehen von den speciellen oben bezeichneten Eigenschaften, dieselben Symptome, Formen und selbst dieselben Transformationen, wie die einfachen Geistesstörungen.

Wie die von den verschiedenen Formen einfacher Geistesstörung Befallenen, wie man sagt, auf verschiedenen Wegen, zum einfachen Blödsinn kommen, so gerathen die von verschiedenen Formen der Folie paralytique befallenen Kranken auf verschiedenen Wegen, aber rapider, in die Dementia paralytica hinein.

9) Die Folie paralytique hat bis jetzt nicht anders als durch einfache circulatorische Störungen erklärt werden können.

Sie ist aus zwei differenten Elementen, einem psychischen und einem somatischen zusammengesetzt.

Dies ist die Geistesstörung „cum materia". Jehn.

---

14) Syphilis in its relation to progressive paresis by Jas. G. Kiernan. (The Alienist and Neurologist. 1883. Juli. p. 450.)

Nach ausführlicher Mittheilung der Literatur, welche den ätiologischen Zusammenhang von Lues und Paralyse der Irren behandelt — bekanntlich sind die Ansichten hierüber sehr verschieden und die Angaben über die Häufigkeit des Zusammentreffens beider Krankheiten bei ein und demselben Individuum schwanken zwischen 0 % (Lewin, Fournier) und 100 % — kommt Verf. zu dem Ergebniss, dass zur Zeit wenigstens weder vom klinischen noch vom pathologischen oder therapeutischen Standpunkt aus ein diagnostischer Unterschied zwischen allgemeiner Paralyse bei einem Luetiker und bei einem Nicht-Luetiker aufrecht erhalten werden könne. Weder die Symptome der sog. Pseudoparalysis luetica, noch der Mangel ausgesprochener Grössenwahnvorstellungen (Wille), weder der frühe Ausbruch im jugendlichen Alter, noch die Häufigkeit der Remissionen sei pathognostisch für eine auf syphilitischer Basis sich entwickelnden Paralyse. Die Diagnose ex juvantibus sei ganz irrelevant, da antiluetische Kuren bei zweifellos coexistirender Syphilis oft ohne jeden Erfolg geblieben seien, und da andererseits Mercurialien etc. sich gelegentlich bei nicht specifischer Paralyse heilsam gezeigt hätten (Spitzka). Ausserdem sei es in manchen Fällen, die für den Zusammenhang beider Krankheiten angesprochen würden, sehr wahrscheinlich, dass die Lues erst in Folge der prodromalen Excesse der betreffenden Kranken erworben worden sei.

Jedenfalls sei der Einfluss der Syphilis für die Entstehung der Paralyse sehr überschätzt worden; eine antiluetische Behandlung der letzteren sei indess stets zu versuchen. Sommer.

---

15) Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse von Zacher. **Ueber einzelne Symptome resp. Symptomengruppen, die im Anschlusse an paralytische Anfälle auftreten.** (Arch. f. Psych. XIV. S. 463.)

I. Im ersten Abschnitte behandelt Z. das Verhalten der Sehnen- und Hautreflexe bei und nach den Anfällen und kommt auf Grund seiner Beobachtungen, von denen mehrere mitgetheilt werden, zu dem Schlusse, dass jenes abhängt sowohl von

der Art der durch den Anfall gesetzten motorischen Störungen, als von dem Verhalten der Sehnenreflexe vor dem Anfalle; bei Paralytikern ohne Rückenmarkserkrankung sind die Sehnenreflexe während und nach den Anfällen auf der Körperhälfte mit motorischen Reizerscheinungen gesteigert, selbst wenn neben jenen auch Paresen vorliegen, sie sind schwächer und können vielleicht ganz schwinden an der einfach paretischen Körperhälfte. Dasselbe gilt auch für Paralytiker mit abnormen Sehnenreflexen, sodass bei Paralytikern mit Seitenstrangaffection nach Anfällen mit motorischen Reizerscheinungen die Sehnenreflexe hochgradig gesteigert, nach gemischten Anfällen etwas gesteigert, nach paretischen Anfällen etwas abgeschwächt erscheinen; bei Paralytikern mit Tabes dors. fehlen die Sehnenreflexe an den Beinen, die der Arme sind bisher nicht untersucht; Paralytiker mit combinirter Strangsclerose zeigten Fehlen aller Sehnenreflexe an den Beinen, keine Steigerung derselben an den Armen; dabei ist mit Rücksicht auf widersprechende Beobachtungen von Claus zu bemerken, dass in des letzteren Fällen die Hinterstrangaffection nur im Hals- und oberen Brusttheil nachweisbar war.

Abgesehen von ein- und doppelseitigem so gearteten Verhalten der Sehnenreflexe können die beschriebenen Modificationen sich auch auf einzelne Extremitäten beschränken, wofür ein schönes Beispiel angeführt wird.

Aehnlich wie zwischen Sehnenreflexen und motorischen Erscheinungen scheint auch das Verhältniss zwischen Hautreflexen und Schmerzempfindlichkeit; bei Abstumpfung oder Aufhebung des Schmerzgefühls Herabsetzung oder Verlust der Hautreflexe in specie des Cremasterreflexes. Die Constanz dieses Verhältnisses erlaubt einen Rückschluss vom Verhalten des Cremasterreflexes auf die Schmerzempfindlichkeit und in zweiter Linie auf das Verhalten der Motilität; entgegengesetzt erwies sich das Verhalten nach Anfällen mit motorischen und sensiblen Reizerscheinungen. Das ungleiche Verhalten der Haut- und Sehnenreflexe erklärt sich demnach aus der häufigen einseitigen Combination von Reiz- und Lähmungserscheinungen. Die früher von Nothnagel bei Gehirnapoplexien von Z. auch bei Paralytikern beobachtete Erscheinung der Auslösung von Zuckungen im zweiten Beine bei Beklopfen des ersten erklärt Z. mit N. durch gesteigerte Muskelerregbarkeit des zweiten Beines.

Zur Erklärung des aufgedeckten Nexus zwischen Motilität und Reflexen schliesst sich Z. der Annahme von Schwarz an, dass ein destruirender oder lähmender Prozess der motorischen und sensiblen Hirnabschnitte auch die mit diesen in Verbindung stehenden Reflexcentra des Rückenmarks mehr oder weniger lähmt, die reizende Wirkung des Hirnprozesses aber sie in erhöhte Erregbarkeit versetzt. Z. modificirt den Satz nur in soweit, dass die Annahme einer Destruction der Hirnelemente mit Rücksicht auf die Paralyse eliminirt wird.

Aus den beobachteten Thatsachen ergiebt sich ferner die Annahme, dass die hier in Betracht kommenden Rindenabschnitte in die Hirnrinde zu localisiren und dass die Sehnenphänomene wahre Reflexe sind (die Beweise siehe im Original. Ref.), dass ferner (gegen Strümpell) das Verhältniss zwischen Muskelspannungen und Sehnenreflexen kein causales, sondern ein coordinirtes ist.

II. Ueber einige im Anschlusse an paralytische Anfälle auftretende Störungen auf motorischem Gebiete. Z. hat dabei zuerst im Auge die bei verschiedenen andern Hirnaffectionen beobachteten automatischen, zweckmässig geordneten, coordinirten Bewegungen, die den Charakter des Gewollten, Intendirten zeigen und gewöhnlich an Anfälle mit motorischen Reizerscheinungen anschliessen; sie betreffen zumeist den Arm, selten das Bein oder den Kopf. Z. hält diese Bewegungen vielleicht zum Theil für bedingt durch Parästhesien, dunkle Sinneseindrücke und Hallucinationen, zum Theil für automatisch und durch centrale Reize ausgelöst. Des Weiteren bespricht Z. die nach den Anfällen auftretende conjugirte Kopf- und Augenstellung, deren Auftreten den Prévost-Landouzy'schen Angaben entspricht;

schliesslich erwähnt Z. Störungen des Muskelsinnes, die vielleicht nicht selten, jedoch schwer zu constatiren sind; als solche betrachtet er die Thatsache, dass dem Kranken nach dem Anfalle die Extremitäten in die verschiedensten unbequemen Stellungen gebracht werden können, ohne dass derselbe dagegen reagirt, dass ein Anderer die Zunge nicht vorstrecken kann, ohne dass eine Lähmung vorläge, u. ä. A.

III. Ueber Sehstörungen bei und nach paralytischen Anfällen. Bezüglich des ausführlichen Details dieses Abschnittes muss auf das Original verwiesen werden, das Resultat seiner Untersuchungen resumirt Z. dahin: Sicher constatirt sind: 1. Zustände von reiner Seelenblindheit, bezüglich welcher noch festzustellen wäre, ob dieselben stets doppelseitig zugleich mit rechtsseitigen Störungen der Motilität etc. und dysphatischen Erscheinungen auftreten. 2. Doppelseitige Sehstörungen, höchst wahrscheinlich Hemianopsien; als wahrscheinlich ist eine dritte Gruppe hinzustellen, die eine combinirte Sehstörung darbietet; ob ausserdem noch Fälle von rein einseitiger Amaurose vorkommen, ist höchst zweifelhaft. Die Fälle Westphal's machen es wahrscheinlich, dass die Hemianopsien die Folge krankhafter Prozesse im Hinterhirn sind.

IV. Ueber eine im Anschlusse an paralytische Anfälle auftretende vasomotorische Störung. Es handelt sich um Striemen- und Quaddelbildung nach Streichen der Haut mit einem stumpfen Gegenstande, die Z. als eine Steigerung des bekannten Trousseau'schen Zeichens handelt.

Indem Z. zum Schlusse die paralytischen Anfälle im Allgemeinen bespricht, hebt er das vorwiegend doppelseitige Auftreten hervor, sowie die Thatsache, dass beiderseitige paretische Erscheinungen von ihm nicht beobachtet sind, vielmehr immer wenigstens einseitig Reizerscheinungen vorkommen; ferner betont er, dass sich aus den verschiedenen Anfällen bestimmte Typen hervorheben, die von andern Hirnaffectionen her bekannten Krankheitsbildern entsprechen und mit grosser Wahrscheinlichkeit auf einen bald in diesem, bald in jenem Abschnitte der Gehirnrinde sich abspielenden Prozess zu beziehen sind; dass die Anfälle auf eine Exacerbation eines chronisch-entzündlichen Prozesses zu beziehen sind, sieht Z. durch die Untersuchungen bezüglich der Temperaturen in den Anfällen nicht gestützt, ist vielmehr der Annahme geneigt, dass die beobachteten Temperaturdifferenzen von der vorhandenen oder fehlenden Betheiligung der thermischen Centren in der Hirnrinde abhängen. A. Pick.

Therapie.

16) **Ueber Schlaflosigkeit und Schlafmittel** von Eickholt. (Deutsche medic. Wochenschr. 1883. Nr. 49.)

Aus diesem vor praktischen Aerzten gehaltenen Vortrage sei das Urtheil des Verf. über einige neuere Schlafmittel hier mitgetheilt:

1) Das (richtiger ist wohl der) Paraldehyd. Er bewährt sich bei frischen Melancholien, bei Erschöpfungszuständen nach länger dauernden Manien, intercurrent bei Aufregungszuständen im Verlauf der Dementia paralytica und bei Trinkern in Abstinenz. Nachtheile: Höchst unangenehmer nicht zu verdeckender Geschmack und Geruch. Das Mittel wird durch die Lungen wieder ausgeschieden, und ist noch 24 Stunden nach seiner Anordnung die Atmosphäre des Kranken von dem widerlichen Paraldehydgeruch durchsetzt. Viele Menschen haben eine unüberwindliche Aversion gegen das Mittel, namentlich Frauen; es reizt die Schleimhäute, bewirkt Trockenheit des Schlundes und grosses Durstgefühl. Die länger fortgesetzte Anwendung hatte bei vielen Kranken heftige Kopfcongestionen und einen vasoparalytischen Zustand der peripheren Gefässe zur Folge.

2) Acetal (Diäthylacetal). Die schlafmachende Wirkung desselben ist eine höchst unsichere. Der Geschmack, brennend und ätzend, ist noch unangenehmer wie beim Paraldehyd, die unangenehmen Nebenwirkungen dieselben wie bei letzterem. Die schlafmachende Dosis ist 8—10 Gramm, eine ungefüge Menge, welche zudem Verdauungsstörungen hervorruft und in ungenügender Verdünnung die Magenwandung anätzt.

3) Cannabinum tannicum (Merk). Es wirkt prompt in Dosen von 0,1—0,5 bei „neurasthenischer" Schlaflosigkeit, sowie bei leichter Melancholie; zu verwerfen ist es bei hallucinatorischen Zuständen. Ueble Neben- und Nachwirkungen treten in der Regel nicht ein.

Bezüglich des Hyoscyamin tritt Ref. aus eigener Erfahrung der Ueberzeugung des Verf. vollkommen bei, dass das Mittel die von einigen Seiten an dasselbe gestellten Erwartungen nicht rechtfertigt. Die toxischen Erscheinungen haben selbst in ganz mässigen Dosen etwas überaus Beängstigendes und Erschreckendes. Das Schmieren und Zerreissen sah Ref. in wirklich schweren Fällen, in denen sich diese Uebel nicht auf andere Weise besser und rationeller verhüten liessen, bei Gebrauch des Hyoscyamin nur so lange aufhören, als das musculomotorische Elend dauerte.

Tuczek.

Forensische Psychiatrie.

17) Ueber die Verbreitung physischer Degeneration bei Verbrechern und die Beziehungen zwischen Degenerationszeichen und Neuropathien von Dr. Knecht. (Allg. Zeitschr. f. Psych. 1883. Bd. 40. H. 4.)

Von 1214 männlichen Insassen der Strafanstalt Waldheim zeigten 579 (48 %) Abweichungen vom normalen Typus in ihrer Körperbildung, 130 davon einfache Zeichen, die Uebrigen mehrfache. Von den 1214 Individuen waren 7 % psychisch abnorm, 5 % epileptisch; 11 Individuen zeigten andere Nervenstörungen, 72 hatten Narben von Kopfverletzungen, 212 waren Gewohnheitstrinker (17,5 %, Baer giebt 19,6 % an). Die Degenerationszeichen bilden den häufigsten Ausdruck der neuropathischen Disposition, doch schützt erblich Belastete das Fehlen dieser Zeichen nicht vor Erkrankung. Die Nachkommen von Epileptischen und Trunksüchtigen sind am meisten gefährdet.

Zu einem Vergleich mit der Häufigkeit des Vorkommens der sog. Degenerationszeichen bei der geistesgesunden Bevölkerung fehlen bisher in Deutschland noch die positiven Unterlagen.

Die Details der Ausführungen müssen im Original nachgelesen werden.

Siemens.

III. Aus den Gesellschaften.

51. Versammlung der British Medical Association. (British Medical Journal. 1883. Sept. 22.)

Fred. W. Lowndes, **Venereal and sexual Hypochondriasis.** L. bespricht (in der Section für Chirurgie) jene jedem beschäftigten Praktiker bekannte Klasse unglücklicher „eingebildeter Kranker", die entweder an einer venerischen Infection zu leiden glauben, oder aber eine Schwächung ihrer sexuellen Potenz bemerkt haben wollen und bei denen diese Ueberzeugung trotz aller gegentheiligen Versicherungen der zahlreichen Fachmänner, die sie der Reihe nach consultiren, unverrückbar feststeht. Er plädirt trotzdem dafür, in allen Fällen derartigen Individuen die Grundlosigkeit ihrer Befürchtungen kurz und bündig darzulegen, ohne dabei Indicationen,

welche sich aus Anämie, allgemeiner Nervosität etc. derselben ergeben, bei der Behandlung zu vernachlässigen. Den Rath zur Cohabitation zu therapeutischen Zwecken hält L. sowohl für moralisch verwerflich, als beim sexuellen Hypochonder gewöhnlich für nutzlos.

T. R. Glynn, **Case of complete Paraplegia with Rigidity terminating in Recovery.** Hochgelegene Querschnittsmyelitis durch Compression bei Wirbelcaries. Ziemlich vollkommene Heilung nach $1^1/_2$ Jahren.

David Drummond, **An unusual case of locomotor ataxia.** Der durch die klassischen Symptome charakterisirte Fall betraf einen 42jährigen Eisenarbeiter (mit 22 Jahren Syphilis, Excesse in Baccho et Venere) und zeichnete sich aus durch eine ganz enorme Störung des Muskelgefühls und der Coordination in allen 4 Extremitäten derart, dass schon in der Ruhe des Patienten häufig förmlich choreatische Bewegungen die Extremitäten hin- und herrissen, ohne dass der Kranke sich dessen bewusst wurde. Sein Gang war so wankend, dass er wiederholt als Betrunkener polizeilich aufgegriffen wurde. Zur drastischen Illustration seiner tiefgehenden Störung des Muskelbewusstseins wird folgendes Geschichtchen angeführt: Der Kranke kam eines Tages ganz knapp vor Abgang eines Zuges, den er benützen wollte, zur Bahn. In dem Bestreben, seinen Zug nicht aus den Augen zu verlieren, hielt er den Blick auf diesen geheftet und machte grosse Anstrengungen, um, wie er glaubte, auf dem Perron rasch vorwärts zu kommen. Er war jedoch nicht wenig erstaunt, als ihn das Gelächter der Umstehenden darauf aufmerksam machte, dass seine Anstrengungen resultatlos und er trotz der erdenklichsten Evolutionen seiner Arme und Beine — auf dem alten Fleck stehen geblieben war. Bemerkenswerth ist an dem Falle, dass das Gleichgewicht im Stehen trotz hochgradigster Coordinationsstörung lang erhalten blieb. Kast.

IV. Bibliographie.

Krankheiten des Nervensystems, Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten, von Prof. A. Strümpell. II. Band. I. Theil. Leipzig 1884. Vogel.

Man durfte nach den bisherigen Arbeiten des Verfassers, die ganz vorzugsweise in das Gebiet der Nervenpathologie fallen, erwarten, dass dieser Theil seines Lehrbuchs mit besonderer Vorliebe und hervorragender klinischer Erfahrung abgefasst sein würde. Und in der That, man wird sich bei der Lectüre des Buches überzeugen, dass nur die gründlichste Sachkenntniss, eingehende Beschäftigung mit der pathologischen Anatomie der Nervenkrankheiten und eine damit zusammenhängende kritische Beherrschung des grossen Materials es ermöglichen konnten, auf 444 Seiten eine so relativ vollständige Darstellung der Nervenpathologie zu geben. Nicht nur die allgemeinen Grundzüge derselben sind mit anerkennenswerther Klarheit dargelegt, sondern auch die Details mit der glücklichsten Ueberlegung ausgewählt und der Charakter des Lehrbuchs streng gewahrt.

Das Wichtigste von den neueren pathologisch-anatomischen, experimentellen und entwickelungsgeschichtlichen Untersuchungen (z. B. über die Systemerkrankungen im Rückenmark, über die Localisation in der Gehirnrinde, über die Gefässvertheilung in der Medulla oblongata, über die Genese der Epilepsie) findet man in prägnannter Kürze aufgeführt. Die Anordnung des Stoffes ist eine übersichtliche. Krankheiten der peripheren Nerven, vasomotorische und trophische Neurosen, Krankheiten des Rückenmarks, des verlängerten Marks, des Gehirns und schliesslich Neurosen ohne bekannte anatomische Grundlage bilden die 6 Hauptabschnitte, und es repräsentirt diese Eintheilung wenigstens eine möglichste Annäherung an das anatomische Princip.

Wir beschränken uns, was das Detail anlangt, auf wenige Bemerkungen. Für

sehr zweckmässig und instructiv halten wir die bei den Neuralgien gegebenen schematischen Uebersichtsbilder der wichtigsten Hautnervengebiete. Im Capitel, das die Ueberschrift trägt: einfache und multiple degenerative Neuritis, macht Str. darauf aufmerksam, dass wahrscheinlich viele Fälle von sog. Neuritis nicht als Entzündung, sondern als eine besondere Art primärer, degenerativer Atrophie der Nerven aufzufassen seien.

Die Rubricirung der Migräne unter den Abschnitt „vasomotorische Neurosen" entspricht zwar der herrschenden Anschauung, aber schwerlich dem objectiven Sachverhalt. —

Sehr einverstanden sind wir mit der kritischen Behandlung der chronischen Leptomeningitis spinalis, die sich nach Anatomie, Symptomatologie etc. selbst in den besten Lehr- und Handbüchern als wohl charakterisirte selbständige Krankheitsform aufgeführt findet. Der Ausspruchs Str.'s, dass ein sicherer klinisch und anatomisch beweiskräftiger Fall von primärer chronischer Leptomeningitis nicht existire, verdient in seiner Unbestreitbarkeit die grösste Beachtung von Seiten der Aerzte, und dürfte wohl die Häufigkeit der Diagnosen auf chronische Spinalmeningitis etwas reduciren.

Eine der Leyden'schen näher als der Erb'schen stehende Auffassung entwickelt Str. bezüglich der Natur der atactischen Störung bei der Tabes. Letztere beruhen nach ihm wahrscheinlich vorzugsweise auf dem Ausfall centripetaler regulatorischer Erregungen, oder noch mehr auf Störung der Uebertragung dieser Erregungen auf die motorischen Apparate, sind also wahrscheinlich durch eine Läsion der grauen Substanz bedingt. Es braucht daher der Grad der Ataxie bei der Tabes keineswegs der Störung der bewussten Sensibilität parallel zu gehen; letztere braucht gar nicht alterirt zu sein und doch kann Ataxie bestehen. Die Angabe Str.'s, dass das Erlöschen des Kniereflexes bei Tabes ein — selbst in den frühen Stadien — constantes Symptom sei, halten wir für unrichtig. Ist auch noch kein Fall von Tabes mit erhaltenem Patellarreflex zur Section gekommen, so kennen wir doch verschiedene Fälle Jahre lang bestehender Tabes, d. h. solcher, in denen Alles uns berechtigt, die Diagnose Tabes zu stellen, Nichts, eine andere complicirende Affection anzunehmen, in denen der Kniereflex erhalten, sogar lebhaft ist. Wir haben zur Zeit 4 solcher Fälle in Beobachtung.

Bei der Erwähnung des Ergotin in der Therapie der Tabes wäre zu erinnern, dass französische Autoren (Grasset) wesentliche Verschlimmerung der Tabessymptome durch Gebrauch dieses Mittels beobachtet haben und dass dabei Vorsicht, Vermeiden continuirlicher Anwendung, geboten ist.

Sehr zu loben sind die bündigen allgemeinen Vorbemerkungen über die toxische Diagnostik der Gehirnkrankheiten, die Lehre von den cerebralen Localisationen und speciell die Ausführungen über die Aphasie.

Die beiden letzten den „Neurosen ohne bekannte anatomische Grundlage" angehörigen Abschnitte über die Hysterie und Neurasthenie geben natürlich nur eine Skizze, aber doch eine recht gut entworfene Skizze dieser praktisch so wichtigen Krankheitsformen.

Warum Str. hysterische Neuralgien nicht zulassen, sondern in den betr. Fällen eine Combination der Hysterie mit der Neuralgie annehmen will, ist uns nicht recht verständlich. Im Gegentheil, wir halten die directe Abhängigkeit zahlreicher Neuralgien von der Hysterie für so evident, als es der Zusammenhang der Lähmungen, Contracturen etc. mit jener ist. Eisenlohr.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 1. März. No. 5.

Inhalt. I. **Originalmittheilungen.** Ueber einen Fall von disseminirter granulöser Sklerose der Hirnrinde von **Greiff.**

II. **Referate.** Anatomie. 1. Fossa occipitale mediana nelle razze umane e nei criminali per il **Lombroso.** — Experimentelle Physiologie. 2. Experiment. Untersuchungen über den Ausdruck der Gemüthsbewegungen bei Thieren von **Bechterew.** 3. Untersuchungen über die Zuckungscurve des menschlichen Muskels etc. von **Edinger.** — Pathologische Anatomie. 4. Tödtliche pemphigusartige Dermatitis etc. von **Meyer.** 5. Compression der Cauda equina mit secundärer Degeneration im RM. von **Roth.** 6. Veränderungen der Clarke'schen Säulen bei Tabes dorsalis von **Lissauer,** Zusatz von **Weigert.** — Pathologie des Nervensystems. 7. I nuclei del corpo striato pel dott. **Silvio Tonnini.** 8. Recent investigations into the pathology of so-called concussion of the spine by **Putnam.** 9. Fortschreitende halbseitige Gesichtsatrophie von **Mierzejewsky** und **Erlitzky.** 10. Hemiatrophia facialis progressiva von **Banham.** 11. Trigeminus-Lähmung von **Müller.** 12. Zur Lehre vom Husten von **Strübing.** 13. Nutritive alterations and deformity of fingers from pressure on nerves in the axilla by **Miles.** 14. On the neurotic origin of progressive arthritis deformans by **Weber.** 15. Thermische Neurosen von **Scherschewsky.** 16. Bemärkingen om Diabetes af **Salomonsen.** — Psychiatrie. 17. Verrücktheit, von **Mendel.** 18. Il riflesso tendineo nella paralisi progressiva degli alienati pel **Bianchi.** 19. Zur Lehre vom Alcoholismus von **Mierzejewsky.** 20. On the Pathology by **Wigleworth.** — Therapie. 21. Krampf im Splenius von **Adamkiewicz.** 22. Tabes dorsalis etc. von **Bókai.** 23. Electrical treatment of insomnia by **Blackwood.** 24. Mechanical restraint in the treatment of the insane by **Bennet.** — Forensische Psychiatrie. 25. Il mancinismo sensorio ed il tatto nei delinquenti e nei pazzi pel **Lombroso.** 26. La sensibilità laterale nei pazzi pel **Amadei** e **Tonnini.** — Anstaltswesen. 27. Die Heilanstalt Johannisberg bei Kaiserswerth von **Roller.**

III. **Aus den Gesellschaften.** — IV. **Bibliographie.** — V. **Vermischtes.**

I. Originalmittheilungen.

Ueber einen Fall von disseminirter granulöser Sklerose der Hirnrinde.

Von Dr. **F. Greiff,**

Assistenten an der Irrenklinik zu Heidelberg.

Unter dem Namen: „Cirrhose atrophique granuleuse disséminée des circonvolutions cérébrales" hat kürzlich Pozzi[1] einen mit dem unten folgenden offenbar analogen Fall beschrieben. Da über diese eigenthümliche Form der Hirnrindensklerose sonst in der Literatur kein Material vorzuliegen scheint, dürfte

[1] L'Encéphale. 1883. p. 155.

eine weitere Beobachtung nicht unwillkommen sein. Wie aus der Ueberschrift hervorgeht, handelt es sich um einen disseminirt zwischen normalen Rindenpartien auftretenden sklerotischen Prozess; der Ausdruck „granulös" bezieht sich auf das makroskopische Aussehen der veränderten Rindenoberfläche.

Frau F., 65 Jahre alt, wurde am 30. Januar 1883 in die Anstalt aufgenommen. Aus der nur mangelhaft zu eruirenden Anamnese ist hervorzuheben, dass Heredität anscheinend nicht vorhanden war und dass Pat. früher keine schwerere Krankheit, insbesondere keine des Centralnervensystems durchgemacht hatte. Eine auffällige Abnahme der Intelligenz wurde bei der Kranken in der letzten Zeit nicht bemerkt, dagegen soll sie manchmal „Anfälle" gehabt haben, über deren Natur leider nichts Näheres zu ermitteln war. Der Beschreibung nach scheinen es kurz andauernde Anfälle von Bewusstlosigkeit, angeblich ohne Krämpfe, gewesen zu sein. Im Uebrigen galt Pat. als eine tüchtige und fleissige Hausfrau; sie besass nur ein Kind, ein Mädchen von 17 Jahren, das vollständig gesund sein sollte. Syphilis und Potus wurden geleugnet.

Wenige Tage vor der Aufnahme brach nach einem Streite mit einer Verwandten plötzlich eine geistige Störung bei der Pat. aus; sie wurde sehr unruhig, schwatzte unaufhörlich von allen möglichen Dingen durcheinander, schlief gar nicht mehr und kam von Tag zu Tag in stärkere Erregung, sodass sie schliesslich unter dem Einfluss zahlreicher Hallucinationen, Verkennen ihrer Umgebung und zunehmender Bewusstseinstörung sehr aggressiv wurde, die Möbel demolirte etc.

Bei der Aufnahme am 30. Januar 1883 zeigte Pat. starke Benommenheit, lag bewegungslos da mit röchelnder Respiration, Puls 120, klein und frequent; Pupille reactionslos, stecknadelkopfgross (Pat. hatte zu Hause noch eine starke Morphiuminjection erhalten); Augen und Mund waren krampfhaft geschlossen, bedeutende Starre in Armen und Beinen. Haut- und Sehnenreflexe waren nicht zu erzielen. Nach kalten Uebergiessungen und anderen stärkeren Hautreizen fing Pat. endlich an, sich zu rühren, öffnete die Augen, fing an zu sprechen und brachte vornehmlich Delirien religiösen Inhaltes hervor, wobei noch immer eine gewisse Benommenheit zu constatiren war.

Den nächsten Tag über im Wesentlichen derselbe Zustand mit Starre der Glieder, Benommenheit, religiöse Delirien, am 3. Tage, den 1. Februar 1883 Morgens, war Pat. ziemlich klar; die Starre der Glieder verschwunden, keine Parese oder sonst eine Störung auf motorischem Gebiete; Pat. sprach in ziemlich geordneter Weise über ihre Verhältnisse, klagte ihre Verwandten an, dass dieselben sie um ihr Vermögen bringen wollten und brachte noch weitere ähnliche Verfolgungsideen vor; über die Vorgänge der letzten Tage wollte sie Nichts wissen.

Gegen Abend traten zahlreiche Hallucinationen auf, welche auch noch am folgenden Tage, den 2. Febr., die Scene beherrschten. Pat. hörte ihre Verwandten auf dem Corridor, dieselben pfiffen durch Röhren, liessen Dampf in's Zimmer, dass Alles umnebelt sei, vergifteten das Essen, und dergl. Mittags

verfiel Pat. wieder in ihre frühere Starre und Reactionslosigkeit, und murmelte nur dann und wann Unverständliches vor sich hin.

In den folgenden Tagen bot die Kranke im Ganzen dasselbe eigenthümliche Verhalten; sie lag meist steif und starr mit krampfhaft geschlossenen Augen da, musste gefüttert und in's Bad getragen werden, reagirte auf keinerlei äussere Reize, mitunter jedoch wurde sie plötzlich mobil, schrie gerade hinaus, schlug um sich, um indess bald wieder in ihren Stupor zurückzufallen. Es entwickelte sich unter Temperaturerhöhung bis 38,7 eine ausgebreitete Bronchitis.

Am Morgen des 8. Febr. 1883 verschied Pat. plötzlich im Bade, nachdem sie kurz zuvor noch stark geschrieen und sich heftig gesträubt hatte.

Autopsie: Schädeldach ziemlich compact, dünn, Gefässfurchen sehr tief; Dura mater ist an einzelnen Stellen etwas stärker mit dem Schädeldach verwachsen. Pia mater blutreich und stark ödematös, von den Hirnwindungen leicht und ohne Substanzverlust abziehbar. Gefässe an der Hirnbasis ohne Veränderung.

Die Windungen des Grosshirns stellenweise verschmälert, besonders an den Stirnlappen; ausserdem zeigen einige von ihnen und zwar die II. Stirnwindung und hintere Centralwindung beiderseits, eine stärkere Atrophie, ihre Oberfläche erscheint etwas eingesunken und stark granulirt.

Die Hirnrinde nicht verschmälert, von hellbrauner Farbe; Substanz des Grosshirns im Allgemeinen von mittlerem Blutreichthum und mässiger Derbheit. Die Ventrikel sind nicht merklich erweitert, ihr Ependym fein granulirt.

Kleinhirn und Rückenmark bieten makroskopisch nichts Auffallendes.

Im Uebrigen fand sich Emphysem, Bronchectasie, Bronchitis capillaris, embolische Thrombose mehrerer grossen Zweige der Pulmonalarterie.

Das in Müller'scher Flüssigkeit gehärtete Gehirn bot makroskopisch Folgendes:

Im Ganzen besteht die Veränderung in einer unregelmässigen Granulirung, d. h. einer Bildung von Höckerchen und Grübchen auf der Rindenoberfläche, sodass dieselbe ungefähr das Aussehen wie chagrinirtes Leder erhält; auch in die Tiefe der Furchen hinein setzt sich diese Veränderung fort. Die stärker afficirten Windungen erschienen ausserdem in toto atrophirt, schmal und niedrig. Auf den weniger intensiv veränderten Windungen sind die Erhebungen und Vertiefungen nicht so stark ausgeprägt, liegen nicht so dicht bei einander; die Windungen selbst zeigen keine stärkere Atrophie. Die geringgradigsten Veränderungen präsentiren sich als kleine Grübchen und Impressionen auf sonst anscheinend normalen Windungen.

Was die Verbreitung des Prozesses auf die einzelnen Gyri betrifft, so findet sich dieselbe auf der rechten Hemisphäre hauptsächlich ausgebildet an der II. Stirnwindung, die in ihrer Totalität, von ihrem Ursprung aus der vorderen Centralwindung bis an ihr vorderes Ende ergriffen ist. Von ihr setzt sich der Prozess auf die vordere und hintere Centralwindung fort und zwar von beiden nur den oberen Theil zunächst der Längsspalte einnehmend. Weiter hinten ist wieder das obere Parietalläppchen in erheblicher Weise ergriffen. Weniger stark

verändert zeigt sich die III. Stirnwindung besonders in ihrem vordersten Abschnitt und die II. Schläfenwindung etwa in ihrer Mitte. An verschiedenen anderen Windungen erkennt man die geringgradigste Entwickelung des Prozesses, wie oben geschildert.

Die linke Hemisphäre zeigt im Wesentlichen dieselben Windungen afficirt, also vorzugsweise die II. Stirn- und die Centralwindungen in ihrem oberen Abschnitt, sonst über verschiedenen Windungen die geringen Grade des Prozesses. Im Ganzen ist die rechte Hemisphäre stärker betroffen als die linke.

Auf einem Schnitt durch eine der afficirten Windungen erkennt man schon makroskopisch helle Streifchen, welche die Rindensubstanz durchsetzen und zwar gehen dieselben meist von den Einziehungen der Oberfläche aus und dringen entweder nur eine Strecke weit in die Rinde ein, oder sie reichen von der Oberfläche bis in die weisse Substanz; an manchen Stellen strahlen diese Streifchen wieder von der weissen Substanz ein Stück weit in die Rinde ein, aber auch dann immer einer der Vertiefungen in der Oberfläche entgegen. Da und dort erkennt man auch unregelmässig eingestreute helle Fleckchen in der Rinde, welche um kleine Gefässlumina sich zu gruppiren scheinen.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt im Wesentlichen zwei verschiedene Befunde, von denen der eine, an Verbreitung und Bedeutung vorwiegende, den Einziehungen der Rindenoberfläche und den in der makroskopischen Beschreibung erwähnten hellen Streifen und Flecken in der Rindensubstanz entspricht, während der andere viel seltener sich findet und makroskopisch nicht erkennbar ist.

Untersucht man eine der ersteren Stellen, so ergiebt sich zunächst, dass sich die betreffenden Veränderungen meist in der Umgebung eines Gefässes vorfinden; es werden so die hellen Streifen durch das veränderte Gewebe um ein im Längsschnitt getroffenes Gefäss hervorgebracht, die Fleckchen durch den entsprechenden Befund um einen Gefässquerschnitt; manchmal liegt auch mitten in der Rinde ohne directen Anschluss an einen Gefässschnitt ein Nest oder ein Streifen des veränderten Gewebes.

Histologisch besteht dasselbe aus einem reticulirten, bindegewebigem Gerüste mit einer ziemlichen Anzahl Rundzellen; in den Maschen des Netzwerkes, besonders in der Nähe der Gefässschnitte, liegen sehr viele Corpora amylacea. Die Gefässe selbst sind von mässiger Weite, ihre Wandungen nur wenig verdickt, von geringer Zellenwucherung durchsetzt; in ihrer nächsten Umgebung sind die Maschen des reticulirten Gewebes am weitesten und werden nach der Peripherie des Herdes zu immer dichter, bis sie allmählich in das fein reticulirte Grundgewebe der angrenzenden normalen Partien übergehen. In diesen mehr oder weniger weit in der Rinde um sich greifenden Gewebswucherungen fehlen die nervösen Bestandtheile vollständig; auch keine sklerotischen Ganglienzellen liegen darin, wohl findet sich aber meist ein Saum von solchen in der unmittelbaren Umgebung dieser Partien. An den Stellen, wo sich ein solcher Gewebszug von der Oberfläche der Rinde hereinsenkt, zeigt sich die Pia etwas verdickt und mit einer reichlichen Anzahl Corp. amylacea durchsetzt. Die angrenzende

äusserste Rindenschicht ist hier verbreitert und besteht aus einem weitmaschigen bindegewebigen Netzwerke mit eingestreuten Rundzellen und Corp. amylaceis. Die weisse Substanz bietet ausser Kernvermehrung nichts Besonderes; nur an einzelnen Stellen erkennt man, dass ein in den unteren Rindenschichten gelegener Herd etwas auf sie übergegangen ist; ihr feingestreiftes Gewebe ist hier durch dasselbe mehr oder minder dichte Maschenwerk mit Rundzellen, Corp. amylaceis etc. verdrängt.

Wesentlich verschieden von der oben geschilderten Veränderung ist der Befund in den Herden der zweiten Art. In dieser besteht die Grundsubstanz aus einem compacten, feinst gekörnt erscheinenden Gewebe, welches sich von dem reticulirten Grundgewebe der umgebenden normalen Partien durch seine Dichtigkeit sehr deutlich abhebt. In diesem Gewebe finden sich nur wenige und unregelmässig gelagerte Ganglienzellen eingebettet, welche ausserdem gegenüber denjenigen der benachbarten normalen Rindenabschnitte erhebliche Formveränderungen darbieten; sie sind schmal, scharf zugespitzt, mit starren Contouren versehen. Kern und Kernkörperchen treten meist noch deutlich hervor, es fehlt aber vollständig das körnige Zellprotoplasma, sodass meist nur die ersteren und eine scharfe Umhüllungscontour um sie zu erkennen sind, von welch letzteren ein oder mehrere dünne und kurze Fortsätze ausgehen. Diese veränderten Ganglien färben sich auch stärker als diejenigen der normalen Partien und haben im Gegensatz zu diesen keine Spur eines pericellulären Raumes; sie liegen wie eingekeilt und comprimirt in dem sklerotischen Grundgewebe. Neben diesen so veränderten Ganglienzellen finden sich auch einzelne grössere und anscheinend normale, mit deutlichem Protoplasma, breiten Fortsätzen etc. Weiterhin fehlen in den sklerotischen Stellen die markhaltigen Nervenfasern fast vollständig, wie an Osmium- und Säurefuchsin-Präparaten zu erkennen ist. Von Gefässen finden sich nur wenige, schmale Stämmchen und Capillaren; im Vergleich zu den normalen Rindenabschnitten ist eine mässige Kernwucherung vorhanden. Nach der Oberfläche der Windung zu verschwinden die Ganglien bald vollständig und machen reichlichen Rundzellen und einer Anzahl kleiner Spinnenzellen Platz; die erste Schicht über diesen sklerotischen Stellen zeigt fein fibrillären Aufbau, keine Verwachsung mit der Pia.

Die Grösse, Localisation und Form dieser Herde ist sehr verschieden; manche nehmen die ganze Ausdehnung der Rinde von der weissen Substanz bis zur Oberfläche ein, beginnen schmäler in der Nähe der ersteren und erreichen in den oberen Rindenschichten eine grössere Breitenausdehnung, andere sind kleiner und betreffen blos die beiden oberen Schichten. Ihre Localisation ist ebenfalls sehr verschieden und makroskopisch nicht gekennzeichnet, während wir von den ersteren Herden gesehen haben, dass sie immer den hellen Streifen und Flecken entsprechen und meist von den Stellen der Einziehungen und Vertiefungen in der Rindenoberfläche ausgehen. Dagegen liegen jene manchmal auch in den kleinen Höckern der Rindenoberfläche, was bei den letzteren nie vorkommt. Die meisten der kleinen Höcker zeigen jedoch normale Rindenconstitution und treten nur durch die benachbarten Einziehungen der Oberfläche als kleine Erhebungen

hervor. Was das Localisationsverhältniss der beiden Prozesse zu einander anbelangt, so ist zu constatiren, dass immer in der Nachbarschaft der zuletzt beschriebenen Herde ein oder mehrere Streifen der ersten Form mit ihrer netzförmigen Grundsubstanz, Corp. amylaceis etc. zu finden sind, aber nicht umgekehrt, da, wie schon erwähnt, jene im Vergleich zu diesen nur selten vorkommen.

Der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt, dass in den tieferen Hirnabschnitten, in Pons und Rückenmark, nichts Abnormes gefunden wurde.

(Schluss folgt.)

II. Referate.

Anatomie.

1) **Fossa occipitale mediana nelle razze umane e nei criminali** per il prof. Lombroso. (Archiv. di psichiatr. 1883. IV. p. 505.)

Verf. hat bekanntlich seit längerer Zeit das auffallend häufige Vorkommen einer medianen Fossa occipit. im Cerebellartheil der Hinterhauptsschuppe bei Irren und bei Verbrechern constatirt. Bei jenen fand er eine Frequenz von 14 %, Romiti von 12 %, bei diesen von 16 %, während normale Schädel nur bei 4,1 (nach Romiti 5 %) dieselbe Abnormität aufwiesen. Für den Neuropathologen ist dieser Befund in so fern von Wichtigkeit, als bei etwa 60 % aller Fälle eine Bildungsanomalie des Wurms oder der Tonsillen mit ihm vereinigt ist, ein Rückschluss auf eine abnorme Gehirnorganisation daher gerechtfertigt erscheint. In der vorliegenden Arbeit weist Verf. nun nach, dass auch bei „inferioren" Racen eine mediane Hinterhauptsgrube sehr häufig ist, bis zu 26 %, und er findet darin eine neue Stütze für seine bekannte Ansicht, dass der Körper der Irren wie der Verbrecher durch zahlreiche (atavistische?) Degenerationszeichen charakterisirt ist. Sommer.

Experimentelle Physiologie.

2) **Experimentelle Untersuchungen über den Ausdruck der Gemüthsbewegungen bei Thieren.** Vorläufige Mittheilung von W. Bechterew. (Wratsch. 1884. Nr. 1. Russisch.)

Die Arbeit bildet einen Nachtrag zu der vom Autor im Neurolog. Centralbl. 1883. Nr. 3 veröffentlichten Mittheilung über die Function der Sehhügel. Auf Grund neuer, an verschiedenen Thiergattungen angestellter Experimente bestätigt B. die früher von ihm ausgesprochene Auffassung der Sehhügel als Centren für den unwillkürlichen Ausdruck von Gemüthsbewegungen. Die dieser Anschauung zu Grunde liegenden Thatsachen bestehen wesentlich in Folgendem:

An Säugethieren sowohl, als an Vögeln und Amphibien, denen die Grosshirnhemisphären ohne Verletzung der Sehhügel abgetragen sind, gelingt es noch vermittelst geeigneter äusserer Reize verschiedenartige Stimmäusserung und diejenigen complicirten Bewegungen (Aufrichten der Hautbedeckungen, mimische Gesichtscontractionen, Zurücklegen der Ohren bei Säugethieren etc.) hervorzurufen, die den Thieren im normalen Zustand zum unwillkürlichen Ausdruck ihrer Gemüthsbewegungen dienen. Falls jedoch nach Abtragung der Hemisphären die Sehhügel zerstört oder die Hirnschenkel durchtrennt werden, so haben die üblichen peripheren Reize keine einzige complicirte Ausdrucksbewegung mehr zur Folge, und die reflectorische Stimmäusserung

erleidet an solchen Thieren höchst deutliche Störungen. Bezüglich letzterer bemerkt Verf., dass es an einigen Thieren (vorzüglich Katzen und Hunden) nach bezeichneter Operation gar nicht mehr gelingt, lautes langgezogenes Schreien hervorzurufen, und auch die heftigsten äusseren Reize nur leise, bald ganz verschwindende Stimmäusserung bewirken; an anderen Thieren hingegen, als Kaninchen und Meerschweinchen, kann nach Durchschneidung der Hirnschenkel noch Schreien erzielt werden, das jedoch stets kürzer, leiser und einförmiger klingt, als an solchen Thieren, denen nach Abtragung der Hemisphären die Sehhügel unversehrt gelassen sind.

An Säugethieren, denen eine isolirte Zerstörung der Sehhügel angebracht ist, wird Ausfall aller derjenigen Bewegungen wahrgenommen, welche ihnen zum unwillkürlichen Ausdruck ihrer Affecte dienen (mimische Contractionen der Gesichtsmuskeln, charakteristische Bewegungen der Ohren etc.), während die willkürliche Motilität der Glieder dabei durchaus keine Beeinträchtigung erleidet. In dem Umstand, dass an solchen Thieren noch durch äussere Reize reflectorische Stimmäusserung bewirkt wird, sieht Verf. keinen Beweis dafür, dass diese Thiere zum unwillkürlichen Ausdruck ihrer Gemüthsbewegungen befähigt wären, da es annehmbar ist, dass sie bei schmerzhaften Reizen ihre Stimme willkürlich laut werden lassen. Ausserdem giebt er auf Grund seiner Versuche zu, dass noch Centren für einförmige „elementare" Stimmäusserung unter den Sehhügeln — in der Varolsbrücke oder Medulla oblongata gelegen sind, was mit den Untersuchungen Longet's (Anatom. et physiol. du syst. nerveux, t. I, Paris 1842) und Vulpian's (Leçons sur la physiol. normale et comparée du syst. nerveux. Paris 1866) übereinstimmt. Also kann das Schreien der Thiere nach Zerstörung der Sehhügel auch reflectorisch durch diese Centren ausgelöst werden. Beschränkte Läsionen der Sehhügel haben keinen vollständigen Ausfall der Ausdrucksbewegungen zur Folge, doch Verletzung der hinteren Portion eines Sehhügels bewirkt stets mimische Lähmung der gegenüberliegenden Gesichtshälfte.

Bei elektrischer Reizung der Sehhügel stellen sich ausser verschiedenartigen Schreien beständig deutliche Bewegungen der Ohren, des Gesichts und der Extremitäten ein. P. Rosenbach.

---

3) Untersuchungen über die Zuckungscurve des menschlichen Muskels im gesunden und kranken Zustande von Dr. Lud. Edinger in Giessen. (Ztschr. f. klin. Med. Bd. VI. H. 2.)

Ed. überzeugte sich durch Vorversuche, dass beim Studium der Zuckungscurve man nicht die Verkürzung, sondern besser die Verdickung des Muskels messen muss weil nur letztere, wie Bernstein auseinandergesetzt hat, allein ein richtiges Bild von dem Verlauf und der Dauer einer Contractionswelle liefert.

Er fand nun, was die Gestalt der Curve (abgesehen von der Höhe), was die Latenzzeit und die Ablaufszeit der ganzen Curve anbetrifft, überall nur recht minimale Unterschiede, mochte man am Arm eines kräftigen Mannes oder an dem einer schwachen Reconvalescentin untersuchen. Die Form der Curve ist dieselbe, wie die mit dem Helmholtz'schen Myographium aufgenommene thierischer Muskeln.

Die Dauer der Latenzzeit (vom Öffnungsschlag bis zum Beginne der Contraction) war meist 0,01 Sec. (0,009—0,016). Dabei ist die Stromstärke gleichgültig.

Wenn Mendelssohn für verschiedene Muskeln verschieden grosse Latenzzeiten fand, so liegt dies nach E. daran, dass an den verschiedenen Körperstellen die Durchleitung des Stromes durch die Haut verschieden grosse Widerstände bietet; dasselbe trifft zu, wenn der Muskel beim Versuche nicht quer, sondern in der Längsrichtung von dem elektrischen Strome durchflossen wird: es giebt dann grössere Latenzzeiten.

**

Die Curve steigt steil an, erreicht ihre Höhe durchschnittlich nach 0,045 Sec., bildet eine stumpfe Spitze oder einen graden Curvenrücken und fällt dann mit einigen secundären Erhebungen in 0,3—0,45 Sec. bis zur Nulllinie ab.

Die ganze Muskelzuckung dauert 0,287—0,441 Sec.

Auf pathologischem Gebiete constatirte E. Folgendes:

1. Bei Contracturen nach Hirnhämorrhagien: geringe Verlängerung der Latenzzeit, dagegen etwas rascheres Ansteigen der Curve.

2. Bei Contracturen der Druckdegeneration des Rückenmarkes (Caries) und bei Myelitis des Halsmarkes wurden normale Zahlen gefunden.

3. Bei Tabes: Verlängerung der Latenzzeit.

4. Bei progressiver Muskelatrophie bedeutende Verlängerung der Latenzzeit

5. Bei multipler Sklerose nichts Abnormes.

6. Bei atrophischen Muskeln ankylotischer Glieder gleichfalls Verlängerung der Latenzzeit.

7. Bei Icterus und Diabetes normale Latenzzeit, aber doppelte bis dreifache Curvendauer.

Hadlich.

Pathologische Anatomie.

4) Ueber einen Fall von tödtlicher pemphigusartiger Dermatitis mit Veränderungen im Nervensystem von P. Meyer. Aus der medicin. Klinik zu Strassburg i. E. (Virch. Arch. 94. 2. S. 185—211 u. Taf. V.)

Es handelt sich um eine allgemeine blasenbildende Dermatitis, die ohne vorausgegangene Symptome einer Nervenerkrankung, anatomische Veränderungen in Hautnerven und Rückenmark zeigte. Ein 65jähr. Mann mit Cataract und Arcus senilis, sonst aber gesund und rüstig, erkrankte ohne bekannte Ursache an einer Hautaffection, die anfangs das Bild eines Eczems in verschiedenen Stadien, ohne Störung des Allgemeinbefindens bot; in der 4. Woche einen pemphigusartigen Charakter annahm, unter Fieberbewegungen, rascher Abmagerung des Kranken, bedeutenden Störungen des Allgemeinbefindens. In höchst maligner Form schritt der Pemphigus rapide weiter, bis schliesslich fast die gesammte Hautdecke in einer Weise umgewandelt schien, wie sie nur nach Verbrennungen höheren Grades verändert zu sein pflegt, und, nach nur 7 wöchentlicher Krankheitsdauer der Tod eintrat.

In der Haut fand sich neben partieller oder vollständiger Abhebung der Epidermis bedeutende Zelleninfiltration der Papillarschicht, theilweise hyaline Umwandlung ihrer Gefässe, und in zahlreichen kleinen Arterienstämmen tief in der Cutis und im subcutanen Gewebe ein so hoher Grad von Endarteriitis, dass das Lumen dadurch fast oder ganz unwegsam geworden war. In den feineren Hautnerven aus den verschiedensten Körperregionen fanden sich viele Fasern in meist frischeren Stadien parenchymatöser Degeneration; derselbe Befund hie und da im Ischiadicus, in grösseren Aesten des Plexus brachialis; in den Muskelnerven im Sympathicus mit seinen Ganglien, in den Spinalganglien und -wurzeln nichts Abnormes. Im Rückenmark: Sklerosirung des interstitiellen Gewebes in der ganzen Länge der Goll'schen Stränge, sowie fleckweise in den Burdach'schen Strängen des oberen Halsmarks und den Hinter-Seitensträngen des unteren Dorsal- und oberen Lendenmarks. Diese Sklerosirung hatte stellenweise zum Schwund der Nervenfasern geführt. Die Blutgefässe in den erkrankten Partien waren mit dicken sklerotischen Wandungen versehen, ihr Lumen dadurch stark beeinträchtigt. Diese zur Obliteration führenden Gefässveränderungen in Haut und Rückenmark sind nach der Ansicht des Verf. das Primäre; die secundären Veränderungen der Marksubstanz des Rückenmarks haben dann die schon bestehenden Ernährungsstörungen der Haut in verderblicher Weise gesteigert. Nur in diesem Sinne handelt es sich um eine „neuropathische Dermatonose".

Tuczek.

5) Ueber einen Fall von Compression der Cauda equina mit secundärer Degeneration im Rückenmark, Inaug.-Diss. von A. Roth. Berlin, den 19. Februar 1883. (Verspätet.)

Bei dem Pat. waren 2 Jahre vor dem Tode heftige Schmerzen im Kreuz und weiterhin im Gebiete der Ischiadici aufgetreten, gegen welche alle angewandte Medication erfolglos blieb. Nach einem Vergiftungsversuch mit Cyankali trat Paraplegie, Blasen- und Mastdarmlähmung ein. Diese Erscheinungen gingen nur langsam und nicht vollständig zurück, namentlich bestand die Blasenlähmung fort. Die gegen die heftigen Schmerzanfälle vorgenommene Dehnung beider Ischiadici und Crurales erzielte keinen dauernden Erfolg. Unter heftiger Cystitis und Decubitus trat der Tod ein.

Es hatte sich eine Neubildung (fibro sarcom) im Wirbelkanal in der Gegend des Promontorium entwickelt und unter Verwachsung mit den Rückenmarkshäuten eine hochgradige Compression der Nervenstränge der Cauda equina veranlasst. Die Nervenwurzeln waren dünn, durchscheinend und entbehrten z. Th. vollständig der nervösen Elemente, bestanden nur aus losem Bindegewebe. Nach oben und unten hin hatte sich secundäre Degeneration entwickelt. Im Rückenmark bestand eine erhebliche Degeneration der Hinterstränge, welche nach oben vom Lendenmark annähernd das gewöhnliche Bild darbot. Im Lendenmark selbst lagen zahlreiche Körnchenzellen, und zwar am dichtesten in der mittleren Partie der Hinterstränge, während zu beiden Seiten der Medianfissur, sowie namentlich längs der Grenze des Hinterhorns von der Mittellinie bis zur Umbiegungsstelle desselben und einwärts von der Austrittstelle der hinteren Wurzeln die Körnchenzellen viel weniger dicht gefunden wurden. Höher hinauf im Lendenmark verbreitert sich die äussere relativ intacte Zone mehr und mehr, sodass im Brustmarke die zeltförmig dreieckige Figur aufsteigender Degeneration zu Stande kommt.

Durch Vergleichung mit einem Rückenmark, in dessen Halstheile eine Degenerationsfigur in Folge einer Compression im unteren Brusttheile entstanden war, ergab sich, dass bei der Compression im Dorsalmarke die Degenerationsfigur in ihrem vorderen Abschnitte umfangreicher war als bei der Compression der Cauda equina. Dieser Zuwachs an Degenerationsfläche muss deshalb auf die Compression der centripetalen Fasern, welche zwischen der Sacral- und Dorsalregion in das Rückenmark eintreten, bezogen werden.

Es liegen also die direct im Hinterstrange aufsteigenden Fasern dem hinteren Ende der hinteren Medianfissur um so näher, je tiefer ihre Eintrittsstelle in das Rückenmark liegt. Die Fortsetzung der aufsteigenden Fasern des Plexus sacralis liegt im oberen Lendenmarke in den Hintersträngen, analog den Stellen, welche wir bei der Tabes am frühesten befallen finden. Moeli.

---

6) Ueber Veränderungen der Clarke'schen Säulen bei Tabes dorsalis von Heinrich Lissauer, cand. med. aus Danzig; Zusatz von C. Weigert. (Fortsch. d. Med. 1884. 15. Februar.)

Vermittelst der Weigert'schen Fuchsinfärbung (die Beschreibung der Modification der ersten Färbung mit Säurefuchsin vgl. im Original) gelang es Lissauer nachzuweisen, dass der Bezirk der Clarke'schen Zellengruppen im normalen Rückenmark durch einen ganz besonderen Reichthum an feinen Nervenfäserchen ausgezeichnet ist. Es finden sich sowohl dicht gedrängte Gruppen aufsteigender Fasern, als auch sehr zahlreiche horizontale feine Fädchen, die kreuz und quer ziehen. L. hat nun 10 Fälle von Erkrankung der Medulla auf dieses Verhalten untersucht und zwar betreffen 5 Fälle reine weit vorgeschrittene Hinterstrangsklerose, 2 Fälle Hinterstrangsklerose mit Degeneration in den Seitensträngen, 1 Fall eine frühere Epoche der Tabes, endlich 2 Fälle Hinterstrangsklerose mit zwischenliegenden

normalen Abschnitten, und beiderseitige leichte Atrophie im mittleren Gebiete der Seitenstränge.

In all diesen Fällen fielen die Clarke'schen Säulen im Gegensatz zu jenen normalen durch ihre Faserarmuth auf. Die wohlerhaltenen Ganglienzellen liegen in einem ganz blassen, von faserigen, nervösen Elementen fast vollständig entblössten Bezirk, während die ringsumher gelagerte graue Substanz keineswegs von einer entsprechenden Veränderung betroffen ist.

Man findet übrigens schon an mikroskopischen Schnitten von Chromsäurepräparaten, wenn man sie gegen eine helle Fläche hält, die degenerirten Bezirke blass und durchscheinend, während sie an normalen Präparaten matt und gelblicher als die übrige graue Substanz sich zeigen.

Es scheint demnach bei der Tabes eine auf das Gebiet der Clarke'schen Säulen lokalisirte Degeneration von Nervenfasern vorzukommen.

Weigert fügt hinzu, dass es ihm gelungen ist, mittelst einer anderen Tinction die betreffenden Veränderungen noch deutlicher zu machen. Er färbt die Schnitte stark mit Hämatoxylin, wäscht sie dann in einer alkalischen Lösung von rothem Blutlaugensalz aus (die Differenzirung wird hier vollendet und erfolgt so langsam, dass die Ueberwachung keine Schwierigkeit darbietet), es erscheinen sodann: die Nervenfasern tief schwarz, die Grundsubstanz hellgelb, die Ganglienzellen bräunlich, die Kerne nicht gefärbt. Die Fasern sind bei dieser Methode nicht nur deutlicher, sondern sie erscheinen viel ausgiebiger bis in die feinsten Elemente gefärbt.

M.

Pathologie des Nervensystems.

7) I nuclei del corpo striato pel Dott. Silvio Tonnini. (La psichiatria. 1883.)

Auf Grund zahlreicher eigener und fremder Beobachtungen gelangt Verf. zu dem Resultat, dass er unter günstigen Verhältnissen eine Differentialdiagnose zwischen Erkrankungen des Nucleus caudatus und des Nucleus lenticularis für möglich hält. Es können allerdings in beiden Fällen motorische, sensible und vasomotorische Störungen eintreten; aber bei Erkrankung des Linsenkerns sind die motorischen Symptome anhaltender und häufiger, und häufiger mit sensiblen und vasomotorischen combinirt, als bei Erkrankungen im Schweifkern. Der zeitliche Verlauf der Störungen kann auch von Wichtigkeit sein: gleichmässige Abnahme aller Symptome spricht gegen den Sitz im Nucleus caudatus, wo gewöhnlich die sensiblen und vasomotorischen zuerst schwinden; schwinden die motorischen Symptome zuerst und kann man ausserdem den Sitz des Herdes in der Capsula interna ausschliessen, so ist mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Erkrankung des hinteren Abschnitts des Linsenkerns anzunehmen.

Ist der Sitz des Herdes voraussichtlich im Nucleus caudatus, so ist der Linsenkern meistens nicht betheiligt. Sprechen aber die Symptome für den Sitz im letzteren, so kann der Nucleus caudatus doch ausserdem noch erkrankt sein. Vielleicht kann auch die Erfahrung, dass Herde im Nucleus caudatus viel seltener als im Linsenkern vorkommen, zur Entscheidung benutzt werden.

Sommer.

---

8) Recent investigations into the pathology of so-called concussion of the spine by James Putnam. (Boston med. and surgical journal. Vol. CIX. Nr. 10. p. 217.)

Verf. schliesst sich in dieser Arbeit fast durchgängig den Ausführungen Page's an, der als Bahnarzt allerdings ein ausserordentlich reiches Material zur Verfügung hatte. 250 neue Fälle von „Railway spine" konnte er ihrer besonderen Eigenthümlichkeit wegen aus einer noch weit beträchtlicheren Zahl von Krankenbeobachtungen auswählen und kam darauf zu dem Resultat, dass organische Rückenmarkserkrankungen in Folge der schweren Erschütterung des ganzen Körpers bei Eisenbahn-

unglücken nur dann zu erwarten sind, wenn gleichzeitig Verletzungen der knöchernen Wirbelsäule entstanden waren. Ist die letztere unverletzt, so ist auch das Rückenmark als nicht beeinträchtigt anzunehmen. Die Symptome, die früher einer sogenannten „Rückenmarkserschütterung" zugeschoben wurden, sind fast ausschliesslich Zeichen einer functionellen Hirnerkrankung, die der schweren Hysterie Charcot's am nächsten kommt. Diese Auffassung kann in forensen Fällen zur Entscheidung, ob Simulation vorliegt oder nicht, von Wichtigkeit werden. Denn sehr häufig lässt sich bei den Männern, die in Folge eines Eisenbahnunfalls über nervöse Störungen der bekannten Art klagen, eine selbst dem Pat. bisher unbemerkt gebliebene Hemianästhesie mit Beeinträchtigung der anderen Sinnesorgane und besonders mit Einschränkung des Gesichtsfeldes und mit unrichtiger Farbenperception nachweisen. Auch eine Abstumpfung des Gehörs ist oft ganz charakteristisch, indem in diesen Fällen hauptsächlich die Knochenleitung der Töne gestört ist und zwar besonders für die höheren Töne, mit mehr als 4—5000 Schwingungen in der Secunde. Auch einseitiger Geruchs- oder Geschmacksverlust ist häufig bei dem nichts ahnenden Pat. zu constatiren.

Sommer.

---

9) Fortschreitende halbseitige Gesichtsatrophie von Prof. Mierzejewsky und Dr. Erlitzky. (Wjestnik psychiatrii i Nevropatologie. 1883. II. Russisch.)

Die Hemiatrophie betraf die linke Gesichtshälfte einer 31jähr. Frau und war auf das vom N. inframaxillaris versorgte Gebiet beschränkt, in welchem sowohl die Muskeln, als auch Haut und Knochen afficirt waren, was durch beigefügte Abbildungen illustrirt ist. Patientin litt ausserdem früher an epileptischen Krampfanfällen, die im 10. Lebensjahr sich zuerst einstellten, deren letzter jedoch vor 6 Jahren stattgefunden hatte. Die Hemiatrophie machte sich ein Jahr nach dem ersten epileptischen Anfall bemerkbar und schritt seitdem langsam, aber progressiv fort. Die Autoren suchen in ihrem Fall den Ursprung der trophischen Störung in dem dem 3. Trigeminusast entsprechenden Kern am Boden des 4. Ventrikels (locus coeruleus). Da in diesem Gebiet auch das „Krampfcentrum" Nothnagel's localisirt ist, so bringen sie die Hemiatrophie mit den epileptischen Anfällen in Zusammenhang, in dem Sinn, dass beide Leiden durch Affection der nämlichen Zellengruppe bedingt seien.

P. Rosenbach.

---

10) Hemiatrophia facialis progressiva von Banham. (Sheffield Med. chir. Society. Brit. med. Journ. 1884. Jan. 12.)

Kräftiges und gesundes Mädchen von 15 Jahren ohne hereditäre Anlage hatte vor 4 Jahren ein Zahngeschwür in Folge eines cariösen Zahnes gehabt; bald danach Schmerzen in der rechten Seite des Halses und des Gesichts, später Verfärbung der Haut am Halse, dann Vertrocknung derselben, Verschwinden des subcutanen Fettes, besonders der Masseter erschien im oberen Theil atrophisch. Sensibilität, Mastication, Blutgefässe normal.

B. meint, dass hier eine ascendirende Neuritis vom Zahngeschwür aus stattgefunden. Bemerkenswerth ist, dass fast ausschliesslich das Fett und das Bindegewebe von der Atrophie befallen waren.

M.

---

11) Zwei Fälle von Trigeminus-Lähmung von C. W. Müller, Wiesbaden. (Arch. f. Psych. XIV. S. 263.)

Der 1. Fall betrifft einen Herrn, welcher trotz des Verlustes des einen Auges ein guter Thiermaler ist. Nach einem erhitzenden Marsche Erkältung des Kopfes, danach ziehende, benehmende Schmerzen in der rechten Kopfhälfte, welche mit Unterbrechung 2 Jahre anhielten. 4 Jahre nach dem Insult deutliche Zeichen von krankhafter Veränderung in den sensiblen Fasern des Trigeminus, später Ausdehnung des

Prozesses auf die sensibeln Hinterhaupts- und Armnerven rechterseits. Verlust des Geschmacks auf den vorderen zwei Dritteln der rechten Zungenhälfte. Die interessanten Details des Befundes s. im Original. M. nimmt als Sitz des Leidens eine tiefgehende schwere Neuritis des Trigeminusstammes resp. der extramedullären sensibeln Wurzeln, für Störungen der übrigen sensibeln Nerven am Hinterhaupt und Arm eine Myelitis an, welche letztere die Erscheinungen im Trigeminusgebiet vielleicht noch verstärkt hat. Die motorische Portion des Trigeminus war frei, desgleichen Facialis, Acusticus und Glossopharyngeus. Die Störung muss noch jenseits vom Gasser'schen Ganglion liegen, also nehmen die Geschmacksfasern der vorderen $^2/_3$ der Zunge dort ihren Verlauf. Von besonderem Interesse ist auch die Verminderung der Speichelsecretion, der Thränenabsonderung und der Schweisssecretion auf der befallenen Seite. Besondere trophische Störungen fehlten. — Der consequent (central) gebrauchte galvanische Strom brachte, wenn auch langsam, Besserung.

Der 2. Fall ist diagnostisch einfacher. Anämische, cachektische Frau von 51 J. Totale Lähmung des sensibeln Theiles des linken Trigeminus (mit Ausnahme zweier kleiner Nerven des 3. Astes, welche auch im 1. Fall verschont blieben, Buccalis und Auriculo-temporalis), weiter des motorischen Astes (Lähmung und Atrophie der Kaumuskeln und Lähmung des Sphensotaphylinus). Sodann trophische Störungen: neuroparalytische Ophthalmie und Otitis. Den Locus morbi verlegt M. in diesem Falle in das Ganglion Gasseri. — Auch in diesem Falle war der Geschmack auf den vorderen zwei Dritteln der linken Zungenhälfte verloren gegangen. Die Ophthalmie trat später auch auf die rechte Seite über.

Die sehr ausführlich geschilderten Fälle geben zur Besprechung vieler wichtiger Fragen Anlass, deren Erörterung sich einem kurzen Referat entzieht.

Siemens.

---

12) Zur Lehre vom Husten von Dr. P. Strübing, Priv.-Doc. in Greifswald. (Wien. med. Presse. 1883. Nr. 44 u. 46.)

Den Auseinandersetzungen über die Pathogenese des Hustens liegt ein Fall von „nervösem Husten" zu Grunde, den Verf. bei einem 19jährigen Mädchen zu beobachten Gelegenheit hatte. Nach Ablauf eines acuten Kehlkopf- und Bronchialkatarrhs entwickelte sich im Laufe von 3 Monaten ein hartnäckiger Husten, der besonders dadurch bemerkenswerth war, dass er durch jede mechanische Reizung der Haut ausgelöst werden konnte — links auf schwächere Reize hin als rechts. Druck auf das linke Ovarium veranlasste einen Hustenparoxysmus von „beängstigender Stärke". (130 Hustenstösse in der Minute.) — Lungen und Kehlkopf ohne pathologischen Befund. — Untersuchung der Genitalorgane von negativem Resultat. — Sonst bot die Pat. das ausgesprochene Bild von Hysterie: Linksseitige Hyperästhesie und Hyperalgesie der Haut, Mastodynie und Ovarie auch vorzüglich linksseitig. Die von Erfolg begleitete Behandlung der körperlich geschwächten Pat. bestand in der Hebung des Allgemeinbefindens und der Anwendung von Narcoticis und Antihystericis und möglichste Vermeidung jeglicher Irritirung der hyperästhetischen Peripherie durch Corsett und schnürende Kleidung.

Nach einigen Monaten kehrten, durch neue Schädlichkeiten veranlasst, die hysterischen Symptome wieder zurück, der Husten blieb aber aus. — Es stellten sich jedoch Convulsionen ein: „Das Krampfcentrum übernahm", wie der Verf. meint, „an Stelle des in seiner Erregbarkeit zur Norm zurückgekehrten Hustencentrums — die Entladung in die motorischen Bahnen."

Am Schlusse der Arbeit bespricht S. die verschiedenen Möglichkeiten, bei denen es sich um eine pathologische Erregung des Hustencentrums handelt, durch Bahnen, welche unter normalen Verhältnissen nicht zu diesem Centrum leiten, wie in dem besprochenen Fall durch die sensiblen Nerven der äusseren Haut. — (Ref. beobachtet

übrigens in seiner Praxis ziemlich häufig auch bei nicht hysterischen Individuen die Erscheinung des sog. „nervösen Hustens“: es bleibt nach katarrhalischen Affectionen der Respirationsorgane nicht selten eine Hyperästhesie in den betreffenden Nerven zurück, welche die Patienten zum Husten zwingt. Der Reflex scheint eben in solchen Fällen nicht mehr gehemmt werden zu können. — Gelingt es, die Kranken zur energischen Niederdrückung des Hustenreizes durch den Willen zu veranlassen, dann wird allmählich eine Hemmung des Reflexes erreicht und Heilung des oft Jahre lang bestehenden Leidens erzielt. — Geschieht dies aber nicht, so bietet disponirten Individuen der „qualvolle“ Husten natürlich die günstigste Gelegenheit, hysterisch zu werden.) Laquer.

---

13) Nutritive alterations and deformity of fingers from pressure on nerves in the axilla by F. T. Miles. (The Journ. of nerv. and mental disease. 1883. Vol. X. p. 615.)

Nach einem Falle beträchtliche, dauernde Schmerzhaftigkeit der Schulter, des Armes und der Finger als deren Ursache nach 2 Jahren eine irreducirbare Luxation des Oberarmkopfes nach abwärts constatirt wird.

Status: Fast constanter Schmerz der Schulter, dumpfes Gefühl im Ring- und kleinen Finger, Supination mangelhaft, Bewegungen im Handgelenk steif, ebenso die der letzten Phalangealgelenke; leichte Deformation des Handgelenkes ohne nachweisbare Verletzung desselben; die Finger stehen gespreizt und können nur schwer theilweise einander genähert werden; leichte Atrophie der Muskeln an Schulter und Arm, unbedeutende Atrophie der Handmuskeln. Die Finger mit Ausnahme des Daumens zeigen (illustrirt durch Zeichnung) trophische Störungen besonders des 4. und 5., der kleine Finger ist deform mit der Convexität nach aussen gekrümmt, seine Gelenke steif; seine Haut, sowie die des 4. Fingers blass, glänzend, wie gedehnt; dieselbe Hautveränderung findet sich in geringerem Grade an den letzten Phalangen der übrigen Finger. Die Nägel zeigen Längs- und Querbiegung, der des kleinen Fingers ist verschroben und gerunzelt. Die Sensibilität für Tast- und Temperaturempfindung und für den faradischen Strom ist herabgesetzt, besonders an den zwei letzten Fingern; Beklopfen der letztgenannten erzeugt eine unangenehme Empfindung, welche ein Fortreissen der Hand veranlasst. Die Muskeln des Vorderarms zeigen normale elektrische Erregbarkeit, die Interossei reagiren nur schwach auf selbst starke faradische und galvanische Ströme; die Kleinfingerballenmusculatur reagirt wenig oder gar nicht. Die Palpation im Verlaufe der Armnerven ist nicht schmerzhaft, zeigt keine Anschwellung an denselben.

M. deutet den Fall als eine durch den Druck des Humeruskopfes veranlasste Neuritis mit sehr langsamen Verlaufe, und als beweisend für gesonderte trophische Nerven. A. Pick.

---

14) On the neurotic origin of progressive arthritis deformans by Leonard Weber. (The Journ. of nerv. and ment. disease. 1883. Vol. X. p. 630.)

W. stützt seine Anschauung von der neurotischen Natur der in Rede stehenden Affection auf die Aetiologie der relativ zahlreich von ihm beobachteten Fälle (Affecte, Ausschweifungen), auf den symmetrischen Beginn und Gang der Affection, auf die neuralgischen und trophischen Symptome derselben, auf den negativen Erfolg antirheumatischer Behandlung im Gegensatze zu den Erfolgen galvanischer Behandlung des centralen Nervensystems in Verbindung mit entsprechender Diät, Leberthran und Eisen. Eine Casuistik von 6 Fällen findet sich angeschlossen.

In der an W.'s Vortrag in der New-York neurological Society anschliessenden

Debatte bestätigt Wendt den günstigen Erfolg der empfohlenen Behandlung an einem von Weber's Fällen, spricht sich jedoch wie auch Dana gegen W.'s Theorie aus.

Morton, der glaubt, dass die Krankheit häufig bei Neurasthenischen vorkommt, erinnert daran, dass J. K. Mitchell 1834 die Theorie aufgestellt, dass die Gruppe der Rheumatismen Spinalaffectionen seien. A. Pick.

---

15) **Thermische Neurosen** von Scherschewsky. (Wratsch. 1883. Nr. 34—44. Russisch.)

Verf. theilt in extenso 4 Fälle aus seiner Praxis mit, in denen zeitweise Erhöhung der Temperatur (bis 40—41,2 °) eintrat ohne irgend welche palpable Symptome, die auf Infection oder Erkrankung der inneren Organe hinweisen. Die Fiebererscheinungen stellten sich in einigen Fällen wiederholt ein, hielten gewöhnlich mehrere Tage lang an, liessen sich durch die üblichen Antipyretica nicht beeinflussen, wichen dagegen zuweilen Sauerstoffeinathmungen. Häufig wurden sie von diversen nervösen Symptomen begleitet, als erhöhte Sehnenreflexe, Veränderlichkeit der Pupillenweite, Herzklopfen, Schmerzhaftigkeit des linken Intercostalraums oder des linken Plexus brachialis, erhöhte Speichel- oder Schweissabsonderung etc. Bei einem Kinde wurden die Paroxysmen durch die geringfügigste Gemüthsbewegung herbeigeführt. Im Hinblick auf die Existenz thermischer Centren im Centralnervensystem und in Berücksichtigung anderer pathologischer Thatsachen hält Verf. die Annahme für gerechtfertigt, beschriebene Fieberparoxysmen durch eine Erkrankung des Nervensystems zu erklären, die die Function der thermischen Centren beeinträchtigt.

P. Rosenbach.

---

16) **Bemärkingen om Diabetes** af Dr. med. L. W. Salomonsen. (Ugeskr. f. Läger. 1883. H. R. VIII. 26. 27.)

Ein Kind im Alter von 6—7 Jahren fand Verf., der hinzugerufen worden war, dem Tode nahe im diabetischen Coma, es starb nach einigen Stunden und Nachforschungen ergaben, dass das Kind schon länger an Diabetes gelitten hatte und die Eltern schon früher ein Kind an derselben Krankheit und unter denselben Symptomen verloren hatten. — In einem Falle, in dem die Untersuchung des Harns mit Barreswill's Flüssigkeit und mit Wismuth und Kali causticum nur unsichere Resultate gaben, gelang der Nachweis nach Zusatz von basisch essigsaurem Blei zum Harne. — Bei einer 40 Jahre alten Dame, die früher die Zeichen von Diabetes dargethan hatte, fand sich, nachdem sie ungefähr 3 Wochen an starkem Durst gelitten hatte, 7 % Zucker im Harn; als sofort die geeignete Diät und Behandlung in Anwendung gekommen war, fand sich nach 8 Tagen keine Spur von Zucker mehr, auch alle Krankheitssymptome waren verschwunden, zur Zeit der Mittheilung schon seit $^1/_2$ Jahre, Körpergewicht und Kräfte hatten zugenommen. — Bei einer 73 Jahre alten Frau, die im Verlaufe eines Sommers 3mal an Gesichtsrose gelitten hatte und Symptome von Diabetes zeigte, fanden sich 5 % Zucker im Harne, nach 8tägiger Behandlung nur noch $1^1/_2$ %; die krankhaften Erscheinungen schwanden später und Erysipele traten nicht wieder auf. — Bei einem 55 Jahre alten Mann, der früher an Nierenkolik, später an Gicht gelitten hatte, war die Zunge seit 14 Tagen schwarz und trocken (wie mit eingetrockneter Tusche gefärbt); der Kranke klagte nur über Trockenheit im Munde und etwas Durst. Der Harn enthielt 5 % Zucker, wurde aber nach 8 Tage langer Behandlung vollständig zuckerfrei; die Zunge nahm ihr normales Aussehen wieder an. Da der Kranke die Diät nicht streng hielt, trat später wieder Zucker im Harne auf. Nierenkolik zeigte sich, seitdem der Diabetes bestand, nicht wieder, nur einige ganz leichte arthritische Anfälle kehrten wieder. Ohne jede nachweisbare Veranlassung stellte sich im Verlaufe der Krankheit einmal

plötzlich Phimose ein, die einen sehr hohen Grad binnen Kurzem erreichte und, nachdem sie 4 Wochen lang allen angewendeten Mitteln getrotzt hatte, nach gründlicher Desinfection eben so schnell verschwand, als sie gekommen war.

Walter Berger.

Psychiatrie.

17) Verrücktheit, von Mendel. (Artikel aus Eulenburg's Real-Encyclopädie der ges. Heilkunde. 1883.)

Paranoia sollte man, conform den anderen wissenschaftlichen Bezeichnungen, auch wegen der odiösen Bedeutung des Wortes „Verrücktheit" im Publicum, für diese Psychose gebrauchen. Die Geschichte dieser Form, von Heinroth bis Westphal, von Esquirol bis auf die heutigen Psychiater in Frankreich und England, zeigt mancherlei Wandlung der Anschauungen.[1] — M. theilt einfach in primäre und secundäre Paranoia, und definirt die erstere als functionelle Psychose, welche charakterisirt ist durch das primäre Auftreten von Wahnvorstellungen, welche das gesammte geistige Leben des Kranken regieren. Um die secundäre Paranoia, welche am Schluss des Artikels, da sie bereits in früheren Artikeln besprochen, nur kurz behandelt wird, hier gleich vorweg zu nehmen, so bejaht M. die Frage, ob sie aus einer primären Melancholie oder Manie entstehen könne. M. gesteht zu, dass sie sehr selten sei (cf. d. Centralbl. 1883. S. 215); er beruft sich auch auf das Zeugniss von Snell. [Ref. ist nicht dieser Ansicht. Ich gedenke demnächst nachzuweisen, dass solche Fälle zu den combinirten Psychosen zu rechnen sind.]

Die von den Autoren aufgestellten Unterarten der primären Paranoia lässt M. zum Theil fallen und theilt seinerseits in einfacher und klarer Weise in solche Fälle, welche ohne Hallucinationen entstehen und gemeinhin auch ohne solche bleiben, Par. simplex und zweitens in solche mit Hallucinationen, Par. hallucinatoria.

Die Par. simplex zerfällt naturgemäss wieder in acuta und chronica. Die Acuta entsteht mit Wahnideen depressiven Charakters (Verfolgungswahn) oft mit hypochondrischer Färbung. Die Anfänge der chronischen Form reichen meist sehr weit in das frühere Leben zurück, sodass sie mit Sicherheit nicht eruirt werden können. Erst in Folge irgend eines Ereignisses tritt die Krankheit zu Tage. — Der psychologische Zusammenhang ist auch hier: erst Verfolgungs-, dann Ueberschätzungsideen. [Hierin liegt die Compensation, die Befriedigung des logischen Causalitätsbedürfnisses. Die Kranken werden verfolgt, weil sie etwas Besonderes sind.]

Von Varietäten und Unterarten ist die originäre Verrücktheit selten und fällt meist mit dem unter dem klinischen Bilde der Verrücktheit verlaufenden, in der Pubertät entstandenen Irresein (einer Art der sogenannten Hebephrenie) zusammen. Auch darin hat M. vollkommen Recht, wenn er sagt, dass der Querulantenwahnsinn, welcher oft erst im 4. und 5. Decennium des Lebens auftritt, nicht eine Form der originären Paranoia ist. Er entwickelt sich bei hereditär Belasteten auf der Basis einer gewissen Charaktereigenthümlichkeit in Folge Hinzutretens eines ätiologischen Momentes, eines Rechtsstreits oder dergl.

Die Par. hallucinatoria kann acut auftreten oder sich chronisch entwickeln. Die acuten Formen haben gewöhnlich ihre bestimmte Aetiologie in verschiedenen andern Krankheitszuständen; sie sind heilbar. Bei der chronischen Form treten gewöhnlich bei geistig bisher Gesunden zu einer Zeit, wo er sich körperlich unwohl fühlt oder unter dem Einfluss heftiger psychischer Einflüsse steht, Sinnestäuschungen auf, meist

[1] Dass M. sagt, Tuczek wolle die hypochondrische Form der Verrücktheit nicht gelten lassen, ist wohl nur ein missverständlicher Ausdruck. — T. hat nur behauptet, dass es eine hypoch. Seelenst. nicht gebe.

solche des Gehörs. Interessant ist das statistische Ergebniss M.'s: von 98 Paranoischen begannen 89 mit Gehörstäuschungen. [Es ist richtig, dies hervorzuheben, gegenüber denen, welche so oft von Gesichtshallucinationen sprechen. Es ist wohl sicher, dass Letztere nur bei den Psychosen der Kinder, bei solchen nach acuten fieberhaften oder sonstigen Krankheiten, bei schweren Neurosen (Epilepsie und Hysterie) und bei Intoxicationen vorkommen.]

Die Intelligenz bleibt bei den meisten Formen von Paranoia lange ungeschwächt. Die Form der Wahnideen ist meist die der Verfolgung, dann die (compensirende) der Selbstüberschätzung. Unterarten sind: das Del. metabolicum, palingnosticum, die Paranoia hypochondriaca, erotica, religiosa, stuporosa. Paranoische Veränderung des Wortschatzes, der Schrift (auch der Symbolik) kommen vor. Das Fühlen (die Gemüthsbewegungen) richtet sich nach dem Inhalt der Wahnvorstellungen resp. Hallucinationen. In den späteren chronischen Stadien (der Compensation) stellt sich eine gewisse Gleichgewichtslage des Gemüthes ein. Krankheitsgefühl findet sich meist nur in der ersten Zeit. Die Handlungen resultiren aus den Wahnideen; oft gehören die Kranken zu den gefährlichsten Irren. Somatisches Verhalten und Körpergewicht sind von Umständen abhängig und haben nichts Charakteristisches.

Betreffend die Häufigkeit findet M., dass die Par. an die Melancholie heranreicht, vielleicht sie übertrifft, jedenfalls ist die Manie von den Dreien am seltensten. Von den Unterarten ist die Par. hallucinat. chronica die häufigste, die hall. acuta die seltenste. Das Prädilectionsalter ist zwischen 25 und 30 Jahren.

Die ätiologischen Verhältnisse zeigen, dass die Paranoia ebensowenig wie die Manie und Melancholie zu den Degenerationspsychosen zu rechnen ist. — Ausbruch und Verlauf sind, von den wenigen peracuten Formen abgerechnet, meist langsam; als Ausgänge hat M. Heilung nur bei der acuten Par. simpl. und hallucinat. gesehen. Bei den Ungeheilten tritt nur zuweilen Dementia ein und auch hier nie die höheren Blödsinnsgrade. Der Tod erfolgt durch andere Krankheiten oder durch Selbstmord. Die pathologisch-anatomischen Befunde sind für Par. nicht charakteristisch. Die differentielle Diagnose stützt sich auf den Nachweis, dass 1. die vorhandenen Wahnideen primär — nicht auf einer emotiven Grundlage — entstanden und 2. dass sie nicht hervorgebracht sind durch eine organische Hirnerkrankung.

Bei der Therapie stellt M. mit Recht die für den pract. Arzt wichtigste Frage in den Vordergrund, ob der Kranke in eine Anstalt gehört oder nicht.

Die ganze Darstellung ist knapp, klar und präcis. Siemens.

---

18) Il riflesso tendineo nella paralisi progressiva degli alienati pel Dott. L. Bianchi. (Arch. di psich., scienze pen. ed antrop. crim. 1883. IV. p. 508.)

Verf. macht auf die sehr divergirenden Angaben der einzelnen Autoren über den Zustand der Sehnenreflexe bei der allgemeinen Paralyse aufmerksam und meint, jene Differenzen seien dadurch hervorgerufen, dass Kranke in den verschiedensten Stadien ohne Weiteres mit einander verglichen sein mögen. Im Beginn des Leidens seien aber die Reflexe, speciell das Kniephänomen, gewöhnlich gesteigert, und erst im weiteren Verlaufe trete eine Abnahme bis zum völligen Schwinden derselben ein.

Er selbst fand bei 26 Paralytikern anfänglich 15mal eine Steigerung und 2mal einen Verlust des Kniereflexes, während nach einigen Monaten von denselben Patienten nur noch 10 gesteigerte und 9 verringerte oder geschwundene Reflexe darboten; während bei der ersten Untersuchung 9 das normale Verhalten zeigten, war dies später nur noch bei 7 der Fall. Sommer.

---

19) **Zur Lehre vom Alcoholismus** von Prof. Mierzejewsky. (Wjestnik psychiatrii i nevropatologii. 1883. II. Russisch.)

Nach einer allgemeinen Schilderung der durch chronischen Alcoholmissbrauch bewirkten nervösen und psychischen Symptome behandelt Verf. in ausführlicher Weise die im Delirium tremens auftretenden Sinnestäuschungen. Er betont als charakteristisch für dieselben, dass sie einerseits sich unmittelbar an vage Traumgebilde anschliessen, andererseits bezüglich ihres Inhalts, ihrer Projection im Raum etc. in ausserordentlicher Weise von zufälligen äusseren Reizen der Sinnesorgane und functionellen Störungen letzterer beeinflusst werden. Beispielsweise giebt sich in den in Rede stehenden Gesichtshallucinationen das Bestehen langanhaltender Nachbilder oder erhöhte Reizbarkeit der Netzhaut für einzelne Farben kund. Die Eigenthümlichkeit der Entstehungsweise alcoholischer Sinnestäuschungen wird durch zahlreiche eigene Beobachtungen des Autors illustrirt.

Im folgenden Abschnitt werden die in naher Verwandtschaft mit dem Delirium tremens stehenden sog. Trance-Zustände der Alcoholiker behandelt, die noch wenig erforscht sind, denen jedoch in forensischer Beziehung eine hervorragende Bedeutung zukommt, da die im Trance-Zustande vollbrachten Handlungen nicht selten den trügerischen Stempel einer gewissen Zweckmässigkeit und Ueberlegtheit an sich tragen, und die partiellen Erinnerungsdefecte solcher Subjecte geeignet sind den Verdacht von Simulation zu erwecken. Nach Verf. Ausführungen gehen solche Trance-Zustände zuweilen dem Ausbruch eines typischen Delirium tremens einige Zeit voraus und bilden sich allmählich in letzteres um. Die eigenthümliche Bewusstseinsstörung in den alcoholischen Trance-(Dämmer-)Zuständen bietet grosse Aehnlichkeit mit gewissen Formen psychischer Epilepsie.

Zum Schluss bringt Verf. folgenden interessanten Fall, über den er als Mitglied des Medicinalconseils (höchste Instanz für ärztliche Expertise in Russland) sein Urtheil abzugeben hatte: Der 25jährige Polizeimeister P. in Tschita (Sibirien), der seit Jahren in baccho Missbrauch trieb, jedoch seine Dienstpflichten musterhaft erfüllte, liess sich plötzlich eine Reihe ausserordentlicher verbrecherischer Amtsübertretungen zu Schulden kommen. Nachdem er nämlich eines Abends in freudiger Erregung über den Fang eines wichtigen Verbrechers stark dem Schnaps zugesprochen, begann er einen im Restaurant befindlichen Untergebenen, der seiner Aufforderung mitzutrinken nicht genügend Folge leistete, ernstlich zu misshandeln, und als zwei dabei anwesende Kellner (amnestirte politische Verbrecher) demselben zu Hülfe eilten, liess er sie verhaften und in's Gefängniss abführen. Hier wurde sofort auf seinen Befehl ein Galgen errichtet, und unter seiner persönlichen Leitung an den Verhafteten mehrmals die Procedur des Aufhängens ausgeführt. In der nämlichen Nacht überfiel er mit einigen Kosaken ein Privathaus, störte die Einwohner von ihrer Ruhe auf, misshandelte sie thätlich und liess sie schliesslich ebenfalls in's Gefängniss abführen. Am anderen Morgen hatte P. nur summarische undeutliche Erinnerung für das Geschehene, und die sofort vorgenommene medicinische Untersuchung constatirte an ihm deutlich ausgeprägten Säuferwahnsinn, dessen Erscheinungen erst nach einigen Wochen sich verloren. Da das hierüber eingeholte Gutachten des Medicinalconseils dahin lautete, dass die incriminirten Handlungen im krankhaften Zustande vollbracht seien, wurde das gegen P. eingeleitete Gerichtsverfahren eingestellt. P. Rosenbach.

---

20) **On the Pathology of Mania** by J. Wiglesworth. (Journ. of mental science. 1884. Jan. p. 485.)

Auf Grund der von Herbert Spencer zum Verständniss der psychischen Vorgänge aufgestellten, von Hughlings Jackson unter Anderem zur Erklärung der epileptischen Tobsucht benutzten Theorie von der Superposition zahlreicher „coordi-

nirter" Centren, deutet W. die Manie als primäre Affection der höchsten coordinirenden Rindencentren, durch deren temporäre oder permanente Ausschaltung die niederen den grösseren Theil der Rinde einnehmenden Centren in Thätigkeit treten; die Neigung derselben zu gesteigerter Leistung führe durch reflectorische Reizung des vasomotorischen Systems eine secundäre Hyperämie herbei. Bezüglich der Ausführung muss auf das Original verwiesen werden. A. Pick.

Therapie.

21) Ein Krampf im Splenius von Prof. Adamkiewicz in Krakau. (Wien. med. Presse. 1883. Nr. 48 u. 49.)

Die Lehre von der Entstehungsweise der Contracturen in verschiedenen Muskelgruppen bereichert A. durch die Mittheilung eines Falles von Krampf im rechten Splenius capitis et colli.

Bei einer sonst gesunden Patientin bestand seit 6 Jahren ein krampfhafter Zug des Kopfes nach rechts und hinten (Annäherung des Kopfes an die rechte Schulter), der ohne bekannte Ursache allmählich entstanden war. Diese zwar bekannte, doch im Ganzen seltene, wie Verf. angiebt, nur 2mal, von Erb und Duchenne, beschriebene Affection schwand nach 6wöchentlicher Faradisation des linken scheinbar gesunden Splenius.

In diesem Heilerfolge erblickt A. einen Beweis, dass die Splenius-Contractur in dem vorliegenden Falle durch Schwäche seines Antagonisten hervorgerufen worden und mit Hebung der gewissermaassen latenten Schwäche durch den faradischen Strom auch sofort wieder verschwunden sei. Laquer.

---

22) Tabes dorsalis, symptomatische Heilung nach innerer Verabreichung von Nitras argenti von Prof. Arpad Bókai. (D. Med. Ztg. 1884. Nr. 4.)

B. giebt Arg. nitr. in Pillen (0,01—0,02 pro die), welche er nur mit Argilla alba unter Hinzugabe einiger Tropfen Wasser bereiten lässt und verschreibt nur für einige Tage. Dabei zerfällt das Arg. nitr. nicht, während es sonst leicht zu reinem Silber reducirt wird. Die Patienten müssen, um zu verhüten, dass durch reichliche Salzsäure im Magen das Arg. nitr. in Chlorsilber verwandelt wird, die Pillen nüchtern nehmen, weil sich dann nur wenig Salzsäure im Magen befindet und Milch nachtrinken. Dann bildet sich Silber-Casein oder Albumin, das sich in Salzsäure und Milchsäure gut löst und leicht resorbirt wird. M.

---

23) Electrical treatment of insomnia by Will. Blackwood. (Philadelph. med. times. 1883. p. 91.)

Gegen Schlaflosigkeit in Folge von Erschöpfungszuständen, aber auch bei Neuralgien und bei Geisteskrankheiten empfiehlt Verf. eine eigenthümliche Methode „allgemeiner" Elektrisation. Der Arzt setzt die gut befeuchtete Schwammelektrode auf die Gegend des Plexus solaris und nimmt in dieselbe (linke) Hand die andere Elektrode, aber so, dass er den Schwamm berührt. Er schliesst daher den Strom, sobald er mit der rechten Hand irgend eine Hautstelle des Patienten berührt. Auf diese Weise massirt er nun den ganzen Körper mit Ausnahme besonders empfindlicher Partien, indem er gleichzeitig einen schwachen faradischen Strom circuliren lässt. Besonders bei der Massage des Rückens soll oft schon nach wenigen Minuten Schlaf eintreten. Schwache galvanische Ströme haben ebenfalls einen bald einschläfernden Effect, wenn die Kathode auf den Plexus solaris applicirt und die Anode durch den

Arzt zwischen Scheitel und Nacken bewegt wird. Bei beiden Methoden ist die Dauer von viel günstigerem Einfluss als die Intensität des Stromes, die möglichst klein genommen werden soll. Sommer.

24) Mechanical restraint in the treatment of the insane by Alice Bennet, Dr. med. et phil. (Medico-legal Journ. New York. 1883. p. 286.)

Eine warm und überzeugend geschriebene Oratio pro domo. Wesentlich Neues enthält sie wenigstens für Deutschland, wo die freie Behandlung der Irren fast überall streng durchgeführt wird, nicht; in den Vereinigten Staaten scheint allerdings noch in vielen Anstalten ein ausgiebiger Gebrauch von Zwangsmitteln und Isolirung gemacht zu werden. Um so anerkennenswerther ist es daher, dass die Verfasserin, die seit 3 Jahren die ärztliche Behandlung der Frauenabtheilung in der Staatsanstalt zu Norristown leitet, unter recht ungünstigen Verhältnissen die Beseitigung des Restraint erreicht hat. Sommer.

Forensische Psychiatrie.

25) Il mancinismo sensorio ed il tatto nei delinquenti e nei pazzi pel Dott. Lombroso. (Archiv. di psichiatr., scienze penali ed antropol. crim. 1883. IV. p. 441.)

26) La sensibilità laterale nei pazzi pel dott. Amadei e Tonnini. (Ibid. 1883. IV. p. 511.)

Beide Arbeiten können im Zusammenhange besprochen werden, da sie sich gegenseitig ergänzen.

Lombroso vertheidigt bekanntlich seit Jahren die Ansicht, dass Irre und (in noch höherem Grade) Verbrecher gewissermassen „inferiore" Menschen sind, die anatomisch und physiologisch nachweisbare Abweichungen vom normalen Verhalten zeigen. In dieser Hinsicht werden nun sehr interessante neue Ergebnisse von den oben genannten Forschern mitgetheilt.

Normale Individuen sind gewöhnlich „Rechtser" und zwar sowohl in Bezug auf die motorische Kraft und auf die Coordination der Bewegungen, als in Bezug auf die Feinheit des Tastgefühls. Kraft-, Geschicklichkeits- und Gefühls-Linkser, wenn Ref. diese Namen einführen darf, finden sich unter 100 Normalen nur 14, resp. 5, resp. 26mal; unter Verbrechern aber, wobei die Gelegenheitsverbrecher nicht einmal von den eigentlich nur in Frage kommenden Gewohnheitsverbrechern getrennt sind, 23, resp. 18, resp. 75mal und unter 100 Irren trifft man nur 4,2 Geschicklichkeitslinkser, aber etwa 80 Gefühlslinkser. Dass übrigens diese auffälligen Differenzen aus genügend grossen Beobachtungsreihen abstrahirt sind, geht daraus hervor, dass z. B. bei der Geschicklichkeitsuntersuchung nicht weniger als 949 Normale, 251 Verbrecher und 480 Irre berücksichtigt werden konnten. Geringer sind allerdings die Zahlenreihen bei der Untersuchung der Gefühlsschärfe, aber der Unterschied zwischen den Normalen und den Verbrechern und Irren ist doch zu bedeutend, als dass er nur auf Zufall beruhen könnte. Weitere Forschungen werden jedenfalls in nächster Zeit angestellt werden, ob thatsächlich anzunehmen ist, dass (nach Lombroso) der Verbrecher, und in sensorieller Hinsicht auch der Irre, vorwiegend mit der rechten Hemisphäre des Hirns, der Normale aber mit der linken arbeitet! Hirnwägungen und Schädelmessungen werden die Prävalenz der einen oder der anderen Hemisphäre vielleicht noch leichter nachweisbar machen können. Nach den Messungen des Ref. (Virchow's Archiv. Bd. 90. S. 144) sind z. B. die Schädel der Irren in ziemlich genügender Uebereinstimmung mit der obigen Theorie zu $^2/_3$ rechts und nur zu $^1/_3$ links stärker gewölbt und geräumiger. Sommer.

Anstaltswesen.

27) **Die Heilanstalt Johannisberg bei Kaiserswerth** von Roller. Mit zwei Ansichten und einem Situationsplan. (Kaiserswerth 1883. Verlag der Diaconissen-Anstalt.)

Vorliegender Bericht umfasst die Geschichte, die Lage, die Einrichtungen der Anstalt und die Krankenbewegung der Frauen in den Jahren 1881 und 1882.

Stand den 1. Januar 1881 . .		35
Aufgenommen .		30
Verpflegt		65
Abgang: genesen und gebessert .		9
ungeheilt		6
gestorben		2
		17
Bestand den 31. December 1881		48
Zugang 1882		40
Verpflegt 1882		88
Abgang: genesen und gebessert .		23
ungeheilt		12
gestorben		5
		40
Bestand den 31. December 1882		48

Verpflegungstage 1882:

Kranke	Pflegetage	Durchschnitt
88	17315	196,8

Bei einem circa 50 betragenden Krankenstande ist die Zahl der Schwestern 27—28, von denen sich 5 nur aushülfsweise mit der Krankenpflege beschäftigen.

Dem statistischen Bericht fügt R. klinische und therapeutische Bemerkungen bei, aus denen hervorgeht, dass in Kaiserswerth die Kranken in einer dem Standpunkt der Wissenschaft durchaus entsprechenden Weise untersucht und behandelt werden, besonders auch unter genauer Individualisirung. Ueber die Bedeutung der gynäcologischen Zustände für Entstehung und Verlauf der Psychosen theilt R. die von Ripping, Peretti und wohl den meisten Psychiatern, denen sich neuerdings auch bedeutende Gynäcologen anschliessen, vertretene Auffassung. Die beschriebenen Fälle, in denen Morphiuminjectionen ein wesentlicher Antheil an dem günstigen Ausgang zugeschrieben wird, sind nicht ganz überzeugend. Im Princip Vertreter des Norestraint behält sich Verf. die gelegentliche Anwendung mechanischer Beschränkungsmittel als ultima ratio vor. Ref. hat aus eigener Erfahrung kein Urtheil über eine derartige Eventualität. — Ein Selbstmord ereignete sich unter den Kranken innerhalb der Jahre 1881 und 1882 nicht; da indessen in diesen 2 Jahren nur 7 Patientinnen starben, und die Statistik höchsten 5 % der Todesfälle an Selbstmorden gestattet, ist dieses für den Dirigenten der Anstalt immerhin glückliche Ereigniss nicht besonders günstigen Umständen anzurechnen. Tuczek.

III. Aus den Gesellschaften.

Aus der „Ophthalmological society of the United Kingdom“ zu London. Sitzung vom 11. Oct. 1883. (Brit. med. Journ. 1883. Oct. 20. p. 777.)

Dr. Ormerod stellte einen 44jährigen, früher syphilitischen Patienten vor, der vor $^5/_4$ Jahren von einer linksseitigen Hemiplegie befallen war und bei dem sich seit 5 Monaten Sehnervenatrophie allein auf dem rechten Auge und auf der Aussenseite der Papille ein kleiner glatter Tumor, der die Netzhaut nach vorn vorwölbte, entwickelt hatte. Dabei bestand eine Beschränkung des Gesichtsfeldes derart, dass nur der untere und innere Quadrant ganz frei war. In der Discussion wurde der Tumor als ein Choroidealsarcom angesprochen.

Dr. Nettleship berichtete über einen Tumor, der vom Keilbein ausgehend den linken N. oculomotorius und zuletzt den Pons und Pedunculus sinist. comprimirt hatte. Die Symptome waren zuerst Sehnervenatrophie und Lähmung der Augenmuskeln auf der linken Seite, dann aber neben völliger Erblindung auf dem linken Auge totaler Ausfall der rechten Gesichtshälfte des rechten Auges; der Defect war scharf begrenzt, die Trennungslinie zog durch den Fixationspunkt. Der betreffende Patient hatte die ersten Symptome im 30. Jahre bemerkt und erlag dem Leiden erst nach 7 Jahren.

Einen anderen Fall von gleichseitiger Hemianopie besprach Dr. Sharkey. Eine Frau litt seit 2 Jahren an epileptischen Krampfanfällen, denen eine „optische Aura“ in den rechten Hälften beider Gesichtsfelder vorausging und die eine Parese des rechten Arms und Kopfschmerzen regelmässig zur Folge hatten. Im weiteren Verlauf wurde nun der beiderseitige Defect der rechten Gesichtsfeldhälfte, sowie eine Lähmung des rechten Arms permanent, und da die Begrenzung des Defectes nicht vertical durch den Fixationspunkt ging, vielmehr eine centrale Zone mit erhaltener Functionsfähigkeit von der rechten Gesichtsfeldhälfte auf beiden Angen abtrennte, diagnosticirte Sharkey eine Läsion des Rindencentrums für den Arm und im Gyrus angularis der linken Hemisphäre; eine Erkrankung des Tractus opticus, die auch (wie z. B. im vorher referirten Fall) gleichseitige Hemianopie bedingen könne, sei auszuschliessen wegen der geschilderten Begrenzung des Defectes. Sommer.

New York Neurological Society. Sitzung vom 5. Juni 1883. (The Journ. of nerv. and ment. disease.)

M. J. Roberts stellt einen Fall von Myxoedema vor: 50jährige, nicht hereditär belastete Frau, Schmerzen in der Steissbeingegend, an den Brust- und Halswirbeln, Blässe und Geschwollensein des Gesichts, maskenähnlicher Ausdruck, dicke Sprache, reizbare Verstimmung, Zwangshandlungen, Nervosität, Vergesslichkeit, allgemeines Gefühl von Ameisenlaufen, Verlust der Kopf- und Schamhaare, sowie der in den Achseln; die Schwellung der Beine zeigt keinen Eindruck bei Fingerdruck, cutane Anästhesie, Parese bei starkem Müdigkeitsgefühl, „schüttelnder“ Gang, Amblyopie, Schlaflosigkeit, Anorexia, Gefühl elektrischer Schläge durch den ganzen Körper, Anfälle von Schwäche, Menstruationsanomalien, subnormale Temperatur in der Achselhöhle, zeitweise wasserklarer Urin.

George R. Elliott giebt folgenden Befund eines Hautstückes vom Bein der Patientin:

Entschiedene Verdickung der Gefässwandungen, allgemeiner Schwund der Schweissdrüsen, die stellenweise von Embryonalzellen umgeben sind; im Corium, dicht unterhalb des Rete mucosum, strahlige (branching) Zellen, jedoch nicht so zahlreich, dass die Annahme der Anwesenheit von Schleimgewebe sicher berechtigt wäre, die Haarbälge sind normal, starke Nervenfasern sind vorhanden.

J. H. Gunning über „Rest-Cure". Es handelt sich um die zuerst von Weir Mitchell, später von Playfair geübte, bekannte Behandlungsmethode der neurasthenischen Affectionen. A. Pick.

Aus der Académie des Sciences zu Paris. Sitzung den 7. Januar 1884. (Compt. rend. 1884. Janv. 9.)

Vulpian überreicht eine Arbeit von Landouzy und Dejerine über progressive hereditäre Myopathie. Die Krankheit ist eine Varietät der progressiven Muskelatrophie und tritt bei hereditär praedisponirten Individuen in den ersten Jahren des Lebens auf. Die Hauptdifferenz gegen die progressive Muskelatrophie besteht darin, dass bei dieser hereditären Form die Atrophie im Gesicht beginnt, während dieses nur ganz ausnahmsweise und secundär bei der Atrophie der Erwachsenen ergriffen wird. Bei der Obduction eines an dieser Krankheit Gestorbenen fand sich das Rückenmark durchaus gesund; in den Muskeln einfache Atrophie. M.

Société française d'Ophthalmologie. Sitzung vom 29. Januar 1884. (Progrès méd. 1884. Fév. 9.)

Darier: Die Application des elektrischen Stromes in der Nähe des Auges ruft bekanntlich eine Lichterscheinung hervor. Die Intensität des Stromes, die nothwendig ist, um die Erscheinung hervorzurufen, ist bei den verschiedenen Personen sehr wechselnd; hat man aber diese primäre Reaction einmal erhalten, so ist die Stromstärke bei neuer Hervorrufung der Lichterscheinung — bei der secundären Reaction — fast constant bei allen Personen, die einen gesunden Sehnerven haben, sie beträgt $^1/_{10}$ Milliampère. Ist dagegen der Sehnerv Sitz einer organischen Läsion — Entzündung oder Degeneration — so muss die Stromstärke, um die secundäre Reaction hervorzurufen, 0,5—15 Milliampères betragen; in einzelnen Fällen ist sie ganz verschwunden. Diese Reaction ist für Diagnose und Prognose von grosser Bedeutung; sie wird Aufschluss darüber geben, ob die Papille der Heilung fähig ist, oder ob es sich um eine Neuritis handelt, die in Atrophie des Sehnerven übergehen wird.

Abadie, dessen Assistent Darier ist, bestätigt die Mittheilungen desselben, während Wecker und Monoyer auf die äusseren Umstände (Feuchtigkeit der Haut, Dicke der Gewebe etc.) aufmerksam machen, durch die auch bei Gesunden die elektrische Reaction schwanken wird.

In der Sitzung vom 31. Januar 1884 macht Martin (de Cognac) auf die Migräne aufmerksam, die durch Augenstörungen hervorgerufen und als Irisalgie bezeichnet wird (Piorry). Er hat 93 Fälle gesammelt, in denen die Patienten an Astigmatismus litten und glaubt, dass man bei allen Personen, die an Migräne leiden, Astigmatismus, der bald statisch, bald dynamisch ist, finden wird. Der dynamische Astigmatismus ist besonders geeignet zur Hervorbringung der Anfälle. Passende Gläser können die Anfälle beseitigen. Die Hemicrania ophthalmica entsteht aus derselben Ursache. M.

Société de Biologie, Paris. Sitzung den 13. Oct. 1883.

Ch. Féré: **Morphinisme et grossesse.** Eine 22jährige Frau, im 6. Monat schwanger, welche täglich 1,24 Morphium verbrauchte, unterzog sich einer Kur. Die Morphium-Menge wurde täglich um 0,005 verringert, doch mussten der auftretenden Uterinkoliken und heftigen Kindsbewegungen halber mit der Verringerung der Dosis häufig innegehalten werden, sodass die Kranke zur Zeit der Entbindung noch 0,13 täglich nahm. — Die Entbindung verlief normal. Nach 8 Tagen nahm F. die Kur

wieder auf, musste aber auch jetzt häufig Pausen eintreten lassen, weil die Lochien wiederholt aussetzten und erst wieder flossen, nachdem Morphium verabreicht war. Deshalb nahm die Patientin 4 Wochen post partum noch 0,08 täglich. Jetzt wurde plötzlich alles Morphium entzogen: heftige Kolikschmerzen, Diarrhö, Schlaflosigkeit; aber vom nächsten Tage an gutes Befinden, das noch nach 2 Monaten constatirt wurde.

Interessant war, dass die durch die Geburt für das Kind gesetzte plötzliche Entziehung bewirkte, dass dasselbe grosse Unruhe, heftige Bewegungen zeigte und 60 Stunden lang ununterbrochen schrie, dann aber gesund erschien.

F. hält demnach die Morphium-Entziehung während der Schwangerschaft in Rücksicht auf die Mutter für erlaubt, in Rücksicht auf das Kind für geboten; denn die plötzliche Entziehung mit der Geburt könne letzterem leicht verhängnissvoll sein.

Hadlich.

IV. Bibliographie.

Tisch für Nervenkranke bearbeitet von Med. Dr. Oscar Eyselein. Karlsbad. Verlag von Feller. 1883. 267 Seiten.

Das Buch beschäftigt sich nicht bloss, wie der Titel angiebt, mit dem „Tisch" der Nervenkranken, sondern mit dem ganzen Regime derselben im weitesten Sinne. Die klare Darstellung, wie die Fernhaltung aller Uebertreibungen, zu der nur so leicht solche populäre Darstellungen hinneigen, macht das Buch wohl geeignet, den Kranken Anleitungen für ihr Leben zu geben und damit die ärztliche Behandlung zu unterstützen. Auch der praktische Arzt wird aus der Schrift zahlreiche beherzigenswerthe Winke für seine Ordinationen entnehmen. Die Ausstattung ist gut. M.

Geehrter Herr Redacteur!

Die Bedeutung, welche Charcot's interessante Beobachtung über den plötzlichen Verlust der optischen Erinnerungsbilder (s. dieses Centralbl. 1883. S. 399) für die centrale Sinnesphysiologie erlangt hat, giebt mir Veranlassung, darauf aufmerksam zu machen, dass Schröder van der Kolk (Die Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten. 1863. S. 29) eine Beobachtung mittheilt, bei der es sich neben anderen in das Gebiet der Aphasie gehörigen Erscheinungen offenbar auch um Verlust der optischen Erinnerungsbilder handelt und die noch besonders dadurch interessant ist, dass auch die Rückkehr dieser Erinnerungsbilder beobachtet werden konnte.

Schröder van der Kolk hat übrigens aus dieser und verschiedenen anderen Beobachtungen ganz zutreffende Schlüsse gezogen, und einzelne Aeusserungen zeigen, dass er auch das gekannt und auch richtig beurtheilt hat, was Galton neuerdings als Mental Imagery ausgedehnter untersucht hat. So betont er (l. c. S. 32), in dieser Ausdehnung allerdings mit Unrecht, die ausschlaggebende Bedeutung der optischen Erinnerungsbilder für das Denken; offenbar war er durch sein eigenes Denken zu diesem Schlusse veranlasst, indem er auf S. 29 erwähnt, dass er ein weit besseres Zahlen- als Namensgedächtniss habe, was sich aus der S. 67 gemachten Mittheilung erklärt, wo er sagt: „Ich selbst bewahre mit Leichtigkeit Zahlen im Gedächtniss und bei einer Rückerinnerung sehe ich die Zahl so vor mir, wie ich sie früher gedruckt oder geschrieben vor mir gehabt habe."

Genehmigen Sie etc.

A. Pick.

V. Vermischtes.

In der Sitzung der Société française de tempérance am 23. Dec. 1883 sprach Dujardin-Beaumetz über die Behandlung des Alcoholismus durch Strychnin. Lutton, Reims, hatte

empfohlen, dass Strychnin in die alcoholischen Getränke hineingemischt würde, um deren schädliche Wirkung zu paralysiren. Nach seinen Versuchen konnte Dujardin-Beaumetz diese Wirkung zwar nicht bestätigen, aber er vermochte die Symptome der Trunkenheit und das durch Alcohol hervorgerufene Delirium acutum mittelst jenes Mittels zu beseitigen. (Gaz. méd. 1884. 1. Janvier.)

Zur Freiheit der Wissenschaft. In England hat sich in neuester Zeit in Folge einer in der „Lancet" vom 3. Nov. 1883 erschienenen Arbeit über die giftigen Eigenschaften des salpetrigsauren Natrons ein lebhafter Sturm der Entrüstung, fast ausschliesslich allerdings in Laienkreisen, erhoben, der darin gipfelt, dass das Curatorium eines grossen Krankenhauses (des Westminster Hospital), an welchem der Verf. jener Arbeit, Dr. Murrell, angestellt ist, seine offene Missbilligung über die „Anwendung von Arzneimitteln, deren Wirkungen noch nicht völlig sicher gestellt seien („fully ascertained")", in der Tagesliteratur ausgedrückt hat. Es wäre interessant zu wissen, fügt die Redaction der „Lancet" (1. XII. 1883) hinzu, welche Arzneimittel dann überhaupt einem Arzte gestattet seien; denn selbst von den seit vielen Jahren in die Pharmacopoe aufgenommenen Droguen ist doch kaum eine völlig in ihren Wirkungen bekannt — von neueren Mitteln, die zum Theil doch eine unentbehrliche Bereicherung des Arzneischatzes darstellen, ganz zu schweigen. Im vorliegenden Falle ist übrigens die Aufregung ganz unerklärlich, denn kein einziger der Patienten hat, abgesehen von schnell vorübergehenden Nebenwirkungen, irgend eine Schädigung, viele sogar eine Besserung ihres Zustandes erfahren; ein anderer Nutzen jener Arbeit liegt darin, dass im Anschluss an Murrell's Untersuchungen die Maximaldosis nun auf $^1/_{10}$ ihrer früheren Höhe herabgesetzt worden ist (von 20 Gran auf 2 Gran), so dass für die Zukunft wohl manches Unglück vermieden werden wird. Jedenfalls kann man der Sympathie, welche die „Lancet" jenem so schwer angegriffenen Collegen ausdrückt, nur beipflichten. Für den Neurologen ist beiläufig zu erwähnen, dass das salpetrigsaure Natron speciell gegen Epilepsie empfohlen worden war. Sommer.

Um dem Uebelstande, dass bei dem Nichtgebrauch der Pravaz'schen Spritze der Stempel schnell eintrocknet, zu begegnen, hat der Bandagist Kraus in Berlin das Etui der Spritzen etwas verlängert; dadurch wird es möglich, in der Spritze eine kleine Menge Flüssigkeit zu belassen, indem das Nadelende der Spritze mit einer kleinen Hartgummihülse verschlossen wird. M.

In der Sitzung der Académie de Médecine zu Paris vom 12. Febr. 1884 demonstrirte Constantin Paul Thermometer, die sich zum Gebrauch für lokale Temperaturmessungen auf der Haut sehr gut eignen. Die Anheftung an die Haut geschieht durch Einschluss in eine Kautschukmasse, die wie ein Schröpfkopf auf die Haut applicirt wird. Auf behaarten Theilen lassen sie sich nicht anbringen. (Progrès médical. 1884. Febr. 16.) M.

Religiöser Wahnsinn. (American Journal of Neurology and Psychiatry. 1883. p. 579.)

Im unmittelbaren Anschluss an das Auftreten einer Abtheilung der sog. „Heilsarmee" (Salvation army), die ja auch kürzlich erst in der Schweiz ihr Unwesen trieb, erkrankte in Franklin (Verein. Staaten) ein wohlhabender Farmer unter den Erscheinungen tobsüchtiger Erregung mit Hallucinationen und religiöser Exstase. Nachdem er wochenlang predigend umhergezogen war und besonders die Qualen des jüngsten Gerichts der sündhaften Menschheit geschildert hatte, reifte in ihm der Entschluss, die Seinigen gräßlich zu tödten, um ihnen im Jenseits das höllische Feuer zu ersparen. Mitten in einem einsamen Walde errichtete er ein hölzernes Kreuz und begann, seinen 8jährigen Sohn an dasselbe zu schlagen, als zwei Holzfäller unerwartet dazu kamen. Der unselige Vater liess nun den mit einer Hand bereits angenagelten Sohn am Kreuze hängen, schmetterte einen der Holzfäller zu Boden und sprang fliehend in einen benachbarten See. Man hielt ihn für ertrunken, doch in der folgenden Nacht kam er wieder zum Vorschein. Er stürzte in sein Haus und erschlug zunächst seine Frau. Dann knebelte er seine 17jährige Tochter und schleppte sie auch in jenen Wald. Er erbaute dort einen grossen Opferaltar aus gefälltem Holz und band das Mädchen auf demselben fest. Sommer.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 15. März. No. 6.

Inhalt. I. Originalmittheilungen. 1. Zur Vacuolenbildung in den Ganglienzellen des Rückenmarks von Schulz. 2. Ueber einen Fall von disseminirter granulöser Sklerose der Hirnrinde von Greiff (Schluss).

II. Referate. Anatomie. 1. Die Kleinhirnrinde von Beevor. — Experimentelle Physiologie. 2. Ueber das Kniephänomen in Beziehung zur Hautsensibilität der Patellargegend von Jaroschewsky. 3. Experimentelle Untersuchung der unter dem Namen „Sehnenphänomene" bekannten Erscheinungen von Rosenheim. — Pathologische Anatomie. 4. Chorea and its possible cause by Richter. — Pathologie des Nervensystems. 5. Om den epileptoide sinnes jukdomen af Hjertström. 6. Epilepsie partielle par Planat. 7. Seltener Fall von Epilepsie von Schreiber. 8. Acute aufsteigende Paralyse von Hoffmann. 9. De la myélite aiguë centrale survenant chez les syphilitiques à une époque rapprochée du debut de l'affection par Déjerine. 10. De quelques accidents spinaux déterminés par la présence dans la moëlle d'un ancien foyer et myélite infantile par Baillet et Dutil. 11. On posterior spinal sclerosis, consecutive to disease of bloodvessels by Buzzard. 12. Zur Lehre vom Kopftetanus von Bernhardt. — Psychiatrie. 13. Der Säuferwahnsinn in St. Petersburg von Bary. 14. Einfluss der Trunksucht auf die Entstehung der Idiotie von Kind. 15. Katatonie von Jensen. — Therapie. 16. Behandlung der Nahrungsverweigerung bei Irren von Siemens. 17. Tetanus traumaticus unter Curare-Einspritzungen von Gentermann. 18. Cas de guérison d'hallucinations unilatérales d'ouïe de cause externe par Mabille. 19. Mittheilungen aus der Praxis von Küpper. — Forensische Psychiatrie. 20. The simulation of insanity by the insane by Hughes.

III. Aus den Gesellschaften.

IV. Bibliographie.

V. Vermischtes.

I. Originalmittheilungen.

1. Zur Vacuolenbildung in den Ganglienzellen des Rückenmarks.

Von Dr. **Richard Schulz.**

Meine Auffassung über die Entstehung und Bedeutung der Vacuolen in den Ganglienzellen des Rückenmarkes[1] hat in Nr. 3 d. Bl. dieses Jahres seitens

[1] Ueber artificielle cadaveröse und pathol. Veränderungen des Rückenmarks. Nr. 23 u. 24 d. Bl. 1883.

des Herrn Rosenbach, Petersburg, eine kritische Besprechung erfahren, welche mich zu folgender Erwiderung zwingt.

Zunächst muss ich die Behauptung des Herrn Rosenbach, dass meine Voraussetzung, bei meinen untersuchten Leichen ein nicht krankhaft verändertes Rückenmark vor mir zu haben, ungerechtfertigt sei, zurückweisen. Ich glaube, der grösste Theil der Kliniker und besonders pathologischen Anatomen wird mit mir darin übereinstimmen, wenn ich ein Rückenmark als nicht krankhaft verändert annehme, falls der betreffende Patient bei Lebzeiten absolut keine Störungen seitens des Rückenmarks gezeigt hat, falls nach dem Tode an dem Rückenmarke makroskopisch weder vor noch nach der Härtung keine Zeichen pathologischer Veränderungen hervortreten und falls die Häute, das Aussehen, die Consistenz des Rückenmarks einen normalen Eindruck machen.

Dieses war bei den von mir untersuchten Rückenmarken der Fall, es wurde nur nicht in meiner Arbeit ausdrücklich erwähnt, weil es gewissermaassen selbstverständlich war. Wenn Herr Rosenbach ferner sagt, ich hielte die bei sechs Rückenmarken gefundenen Veränderungen an einzelnen Ganglienzellen, welche weniger scharf contourirt, verschwommen, von glasigem hyalinen Aussehen ohne deutlichen Kern waren, willkürlich für arteficiell durch verschiedene Härtung bedingt, so muss ich mich gegen diesen Vorwurf verwahren. Eine Ueberzeugung, welche man bei lang dauernder mühsamer Untersuchung gewonnen hat, kann doch nicht ohne Weiteres eine willkürliche Annahme genannt werden.

Mit demselben und vielleicht noch grösserem Rechte könnte ich sagen, dass Herr Rosenbach die Vacuolenbildung, welche er bei seinen verhungerten Thieren fand, willkürlich für pathologisch erklärt, denn beim Verhungern tritt wohl nach und nach eine immer zunehmende Atrophie und schliesslich der Tod ein, aber das Verhungern ist doch keine eigentliche Krankheit und die sich bei der Section findenden Veränderungen sind nur die einer allgemeinen Atrophie sämmtlicher sonst normaler Organe.

Letzteres hatte ich selbst vor einigen Jahren Gelegenheit zu constatiren bei der Section eines Collegen, welcher einer mit äusserster Strenge durchgeführten vegetarianischen nnd dabei auf ein Minimum beschränkten Ernährungsweise zum Opfer fiel. Die Atrophie erstreckt sich selbstverständlich auf die zelligen Elemente des Körpers und disponirt daher die Ganglienzellen zur Vacuolenbildung, wie dieses nachstehend weiter ausgeführt werden wird.

Herr Rosenbach findet es weiterhin „ganz unbegreiflich“, dass die Vacuolenbildung — die Rückenmarke als nicht krankhaft verändert vorausgesetzt — nicht in einer grösseren Zellenzahl und in anderen Rückenmarken sich vorfand, wenn sie durch Härtung bedingt war. Hiergegen ist zu erwidern, dass sich die Vacuolenbildung wohl in einer grösseren Anzahl von Zellen in den betreffenden Rückenmarken gefunden hätte, falls eine noch grössere Zahl von Schnitten derselben untersucht worden wäre. Dazu lag aber kein triftiger Grund vor. Die Vacuolenbildung war in den betreffenden Rückenmarken in spärlicher Weise vorkommend constatirt, ob sie nun in ein paar Ganglienzellen mehr oder weniger sich fand, das schien mir vollkommen belanglos. Dass sich die Vacuolenbildung,

wenn durch Härtung bedingt, nicht auch in anderen Rückenmarken fand, erklärt sich daraus, dass einmal die Ganglienzellen in diesen kräftig und widerstandsfähig waren, wie dieses weiter unten ausgeführt werden wird, dann, dass bei diesen Rückenmarken die Härtung sehr gleichmässig und gut vor sich ging.

Den angeblich directen Beweis Rosenbach's, dass die Vacuolenbildung in den Nervenzellen ein pathologischer, bei Lebzeiten sich entwickelnder und nicht durch Härtung bedingter Process sei, weil sich nach Popow auch aus frischen, nicht erhärteten Präparaten pathologischer Rückenmarke vacuolisirte Zellen isoliren liessen, kann ich nicht anerkennen, vielmehr nur so auffassen, dass die Vacuolenbildung auch bei anderen Präparationsmethoden als bei der Härtung in der nachstehend zu erörternden Weise eintreten kann.

Wenn Herr Rosenbach ferner Eingangs seiner Besprechung sagt „Leyden, Erb und andere die pathologische Anatomie der Myelitis behandelnden Autoren beschreiben die Vacuolisation in den Nervenzellen als Ausdruck eines pathologischen Processes", so ist es mir sehr zweifelhaft, ob dieser Satz in dieser Weise den Anschauungen der betreffenden Autoren entspricht. Erb sagt, die bei Myelitis acuta eintretenden mikroskopischen Veränderungen der Ganglienzellen besprechend,[1] folgendes: „Auch die Ganglienzellen werden von den entzündlichen Veränderungen ergriffen. Sie erscheinen geschwellt, oft förmlich wie aufgebläht, zu sehr beträchtlicher Grösse; ihre Substanz ist getrübt, Kern und Kernkörperchen aber im Beginn meist intact, selten in Theilung begriffen; manchmal auch glasige Quellung der Zellen und Vacuolenbildung in denselben."

Ich kann diesen Worten nur entnehmen, dass „manchmal" gelegentlich auch Vacuolenbildung in den Ganglienzellen bei der acuten Myelitis gefunden wird, dass sie aber auch in vielen Fällen fehlt, dass sie als nicht absolut zu dem pathologisch anatomischen Bilde der Myelitis acuta gehört. Gehörte die Vacuolisation wirklich als nothwendiges Postulat dazu, käme ihr überhaupt eine besondere Bedeutung in pathologischer Beziehung zu, so würde ein Autor wie Strümpell derselben in seinem neuen vorzüglichen Lehrbuch,[2] in welchem der jetzige Stand der Nervenpathologie auch in mikroskopischer Beziehung zum Ausdruck gelangt, doch wohl in Kürze Erwähnung gethan haben.

In meiner Arbeit (l. c.) habe ich mich absichtlich, um in der durch den Rahmen dieses Blattes gebotenen Kürze zu bleiben, darauf beschränkt, die aus meinen Untersuchungen gezogenen Resultate mitzutheilen.

Im Nachfolgenden sei es mir gestattet, in Kürze meine Auffassung über die Vacuolisation und die Entstehungsweise derselben auseinanderzusetzen.

Vielleicht dürfte dadurch eine Verständigung herbeigeführt werden können.

Die Vacuolenbildung in den Ganglienzellen ist eine ganz eigenartige Erscheinung, die uns in anderen Zellen, in anderen Organen des thierischen und menschlichen Körpers fast nie entgegentritt. Während die meisten pathologischen Veränderungen der Zellen in den verschiedenen Organen immer in derselben

---

[1] Erb, Krankheiten des Rückenmarks. II. Aufl. Leipzig 1878. S. 418.

[2] Strümpell, Krankheiten des Nervensystems. II. Bd. I. Th. d. Lehrbuch d. spec. Pathologie u. Therapie. Leipzig 1884.

Weise wiederkehren, kommt die Vacuolenbildung fast nur in den Ganglienzellen vor. Es bilden sich helle, runde, blasenartige, leere Räume inmitten des Protoplasma. In vacuolisirten Ganglienzellen aus myelitischen Herden ist das übrige Protoplasma bisweilen mit Fettkörnchen versehen und die Ganglienzellen selbst sind geschwellt, wohingegen sich das übrige Protoplasma in vacuolisirten Ganglienzellen aus normalen Rückenmarken, wie in meinen Fällen, vollständig normal verhält, die Ganglienzellen selbst scharf contourirt und mit schönen Fortsätzen versehen sind. Ich denke mir die Vacuolen in folgender Weise entstanden. Das Protoplasma jeder Ganglienzelle hat in sich eine gewisse Cohäsion, eine gewisse elastische Spannung. Findet nun durch irgendwelche Verhältnisse, sei es durch ungleichmässige oder zu starke Einwirkung von Alcohol, durch ungleichmässige Härtung, oder bei frischer Präparation durch Druck mit dem Deckgläschen oder andere äussere Gewalten eine gewisse Zerrung statt, so erleidet die Cohäsion an einer oder mehreren Stellen eine Unterbrechung, vermöge seiner Elasticität zieht sich das Protoplasma zurück und es entstehen so runde, leere, blasenartige Räume. Dass bei frischen Präparaten in den den Vacuolen entsprechenden Aushöhlungen des Protoplasma ein feines unregelmässiges Netzwerk, zuweilen sogar Formbestandtheile, wie Rosenbach anführt, beobachtet werden, hat meiner Meinung nach durchaus nichts Auffallendes. Dem Zerfall des Zellleibes, wie Rosenbach annimmt, entstammt dasselbe jedoch meiner Ansicht nach nicht, sondern es ist einfach aus Protaplasmafäden gebildet, welche bei dem Zurückziehen des zähen Protoplasma in den Vacuolen persistirten.

Natürlich disponiren normale Ganglienzellen in normalen Rückenmarken weniger zur Vacuolenbildung, sie setzen allen Einwirkungen, welche dieselbe herbeiführen, grösseren Widerstand entgegen und daraus erklärt es sich weiter, dass ich die Vacuolenbildung bei meinen Rückenmarken so selten gefunden habe. Die Ganglienzellen, in welchen ich Vacuolen bei meiner Untersuchung fand, müssen besonders zart und mit geringerer innerer Cohäsion versehen gewesen sein, pathologisch verändert brauchten sie jedoch absolut nicht zu sein, um Vacuolen zu bekommen. Als derartig zartere, weniger widerstandsfähige Ganglienzellen, die sehr zur Vacuolenbildung disponiren, möchte ich auch die durch Verhungern künstlich präparirten Ganglienzellen ansehen.

In den Ganglienzellen entzündeter Rückenmarke können die Vacuolen oft und sehr ausgebreitet vorkommen. Die krankhaft veränderten Ganglienzellen haben eine geringere innere Cohäsion, sie sind nicht im Stande Einwirkungen des Alcohols bei der Härtung, mechanischen Einwirkungen bei frischer Präparation den Widerstand entgegenzusetzen, wie gesunde Ganglienzellen, es tritt daher die Vacuolenbildung in ihnen öfter auf. Daraus darf jedoch noch lange nicht der Schluss gezogen werden, dass nun auch die Vacuolenbildung ein pathologischer Process sei, sie ist vielmehr meiner Meinung nach ein rein mechanischer durch äussere Einwirkungen herbeigeführter Vorgang, der sowohl in normalen, als in krankhaft veränderten Ganglienzellen vorkommen kann und dem deshalb eine hervorragende, besonders auch eine pathologische Bedeutung nicht zukommt.

2. Ueber einen Fall von disseminirter granulöser Sklerose der Hirnrinde.

Von Dr. F. Greiff,
Assistenten an der Irrenklinik zu Heidelberg.

(Schluss.)

Betrachtet man näher den oben geschilderten makroskopischen und mikroskopischen Befund, so springt die Aehnlichkeit des vorliegenden Falles mit dem oben bezeichneten von Pozzi deutlich in die Augen. Hier wie dort makroskopisch eine äusserst charakteristische Veränderung der Rindenoberfläche, welche entsprechend einigen Windungen ein „chagrinirtes" Aussehen angenommen hat; hier wie dort mikroskopisch derselbe eigenthümliche histologische Befund in zwei Typen: einmal sklerotische Stellen, welche sich meist an die Gefässe anschliessen und bestehen aus einer bindegewebigen, netzförmigen Grundsubstanz mit reichlicher Kernwucherung, Ansammlung von Corp. amylacea bei vollständigem Mangel der nervösen Elemente, sodann andere Herde mit compacter Grundsubstanz, Verminderung und Sklerosirung der nervösen Bestandtheile, mässiger Kernwucherung. Die beiden Veränderungen finden sich eingesprengt zwischen normal erscheinenden Rindenpartien, die erste besonders da vorkommend, wo partielle Atrophie und Einsenkungen der Rindenoberfläche vorhanden sind, die zweite ohne charakteristische Localisation, jedenfalls keinen atrophischen Stellen der Rinde entsprechend. Dass die beiden verschiedenartigen histologischen Befunde in die Klasse der sklerotischen Prozesse gehören, kann wohl keinem Zweifel unterliegen, es frägt sich nur, wie sie sich zu einander verhalten, d. h. ob sie verschiedene Stadien desselben pathologischen Vorganges oder zufällig neben einander verlaufende Prozesse darstellen. Schon Pozzi hat diese Frage aufgeworfen und sie schliesslich unentschieden gelassen. Mit voller Sicherheit vermag sie, wie gleich hier vorausgeschickt werden soll, auch der vorliegende Fall nicht zu lösen.

Man könnte sich den pathologischen Vorgang einmal so vorstellen, dass die Herde um die Gefässe die ersten Stadien des Prozesses darstellen und dass dann durch Schrumpfung des Gewebes die anderen sklerotischen Partien mit ihrer dichten Grundsubstanz sklerosirten Ganglien etc. entständen. Dieser Annahme stehen indess einige gewichtige Gründe entgegen. Wie oben geschildert, fehlen in den ersteren, nach dieser Ansicht frischeren, Partien die nervösen Elemente, speciell die Ganglien vollständig, während in den letzten, hiernach älteren und intensiver sklerotischen Stellen noch eine ziemliche Anzahl wenn auch stark veränderter Ganglien zu erkennen ist. Sodann müsste man doch eher erwarten, dass diese älteren, durch Schrumpfung der frischeren Veränderungen entstandenen Herde den atrophischen Stellen der Rinde und den Einziehungen der Oberfläche entsprächen, was jedoch gerade nicht der Fall ist; sie liegen vielmehr zuweilen in den kleinen Erhebungen der Rinde oder an Stellen derselben, die jedenfalls keinerlei Atrophie zeigen.

In dieser Weise lässt sich also wohl ein Zusammenhang der beiden Prozesse nicht gut denken. Etwas plausibler dürfte schon die Annahme erscheinen, dass die letzterwähnten Herde das Primäre seien, die ersteren die späteren Stadien desselben Prozesses. Man müsste dann annehmen, dass in jenen durch Zerfall der noch vorhandenen nervösen Elemente, Auftreten von Corp. amylacea, ferner durch einen rareficirenden Prozess in ihrer compacten Grundsubstanz die Partien mit der netzförmigen Grundsubstanz, reichlichen Corp. amylaceis etc. entstanden wären, welche dann durch spätere Retraction ihres Gewebes die narbigen Einziehungen der Rindenoberfläche bedingt hätten. Gegen eine derartige Ansicht spricht indess der Umstand, dass sich nirgends ein directer Uebergang der beiden Prozesse in einander nachweisen lässt, dass die in der Peripherie der älteren Herde gelegenen frischeren Partien sich ganz anders präsentiren, als die Stellen mit der compacten Grundsubstanz, den sklerotischen Ganglien etc.; ihre Grundsubstanz ist im Gegensatz hierzu deutlich reticulär, einzelne Corp. amylacea treten auf, die noch vorhandenen Ganglien sind undeutlich, im Zerfall begriffen, sehen aber nicht so sklerosirt und zusammengepresst aus, wie in jenen Stellen; sodann fehlen in den letzteren die Corp. amylacea, welche für die anderen Herde so charakteristisch sind; Gefässe sind nur wenige und schmale vorhanden, während wir gesehen haben, dass sich in den anderen der Prozess hauptsächlich um die grösseren Gefässstämmchen gruppirt und offenbar von ihnen seinen Ausgang genommen hat.

Ein directer genetischer Zusammenhang zwischen den beiden Formen von Sklerose lässt sich also auch auf diesem Wege nicht nachweisen. Es scheint demnach kein anderer Ausweg offen zu bleiben, als zwei verschiedene Formen von Sklerose anzunehmen, welche sich hier unabhängig von einander in der Rinde entwickelt haben.

Vielleicht liesse sich die Sache noch so erklären, dass ein Zusammenhang der beiden Prozesse insofern vorhanden ist, als der eine derselben nicht sowohl durch eine Veränderung und Weiterentwickelung des anderen direct entstanden ist, als vielmehr durch die Einwirkung desselben auf das umliegende Gewebe in mehr indirecter Weise hervorgerufen wurde. Man hätte sich dann den Vorgang vielleicht so zu denken, dass in dem Befund der atrophischen Stellen mit der reticulirten Gewebswucherung um die Gefässe, reichliche Corp. amylaceis, vollständiger Mangel der nervösen Elemente, die ersten Veränderungen gegeben seien, als einem primär in der Rinde auftretenden, mit Schwund der nervösen Bestandtheile und Bindegewebswucherung einhergehenden, disseminirten, sklerotischen Prozess; bei Weiterentwickelung desselben und schliesslicher Retraction des Gewebes, wie sich dieselbe in der narbigen Einziehung der Rindenoberfläche etc. kundgiebt, werden die umliegenden normalen Rindenabschnitte in mehr oder minder hohem Grade beeinträchtigt, je nachdem mehr oder weniger zahlreiche und intensiver veränderte Partien in ihrer Nachbarschaft vorhanden sind. Es lässt sich denken, dass solche Rindenabschnitte einer gewissen Compression oder Zerrung ausgesetzt seien oder in ihrer Blutversorgung beeinträchtigt werden können u. dergl.

Unter dieser schädigenden Einwirkung von der Umgebung her würden also die sklerotischen Partien der oben in zweiter Linie beschriebenen Art mit dem dichten Grundgewebe, sklerotischen Ganglien etc. entstanden sein. Es spricht einigermaassen für diese Entstehungsweise der Umstand, dass sich stets in der Umgebung jener bindegewebigen Wucherungen ein Saum derselben sklerotischen Ganglien fand, wie in den grösseren sklerosirten Partien, ferner ein Bild aus einem Schnitt vom oberen Parietalläppchen; es zog sich hier einer der primären sklerotischen Streifen von der Oberfläche ein Stück weit in die Rinde hinein und bog dann, einen ziemlich ausgedehnten Abschnitt der oberen Rindenschichten umfassend, wieder nach der Oberfläche um; die ganze von ihm umfasste Rindenpartie befand sich im Zustand der zweiten Art der Sklerose mit ihrem dichten wie comprimirt aussehenden Grundgewebe, atrophischen und sklerosirten Ganglien etc. Solche Befunde lassen die beschriebene Entstehungsweise immerhin als möglich erscheinen, wenn auch zugegeben werden muss, dass sie etwas Gezwungenes an sich hat; eine sichere Entscheidung über den Zusammenhang der beiden sklerotischen Prozesse ist eben zur Zeit nicht möglich.

Es erübrigt noch, auf einige Eigenthümlichkeiten des histologischen Befundes kurz zurückzukommen. Es erschien bei der mikroskopischen Untersuchung der zweiten Herdart sehr auffallend, dass mitten in dem dichten sklerosirten Grundgewebe, neben den atrophischen Ganglien einzelne grössere, anscheinend intacte Ganglienzellen mit reichlichem Protoplasma, breiten Fortsätzen etc. gefunden wurden, die also vorläufig inmitten des sklerotischen Prozesses unversehrt geblieben wären; es erinnert dies Verhalten an das von Charcot zuerst hervorgehobene und seither mehrfach bestätigte Vorkommen von einzelnen intacten Nervenfaserquerschnitten und sonst vollständig sklerosirten Partien des Rückenmarkes bei multipler Sklerose. Auch in einzelnen Fällen der multiplen, tuberösen Sklerose der Hirnrinde (Fälle von Hartdegen[1], Brückner[2]) findet sich auffallender Weise derselbe Befund von anscheinend intacten grossen Ganglienzellen in sklerotischen Herden erwähnt.

Die genannte tuberöse Sklerose der Hirnrinde, vorzugsweise als angeborene Anomalie bei Idioten aufgefunden, ist jedenfalls eine der hier geschilderten Form von Sklerose nahestehende und verwandte Affection. Abgesehen von dem schon erwähnten Befunde der intacten, grossen Ganglien bieten die Fälle von Brückner, Bourneville und Brissaud auch sonst im histologischen Detail weitere Analogien.

In dem Falle von Pollak[3] tritt wieder mehr die Aehnlichkeit im makroskopischen Befund hervor; dieser Autor sagt von den ergriffenen Windungen, dass sie „das Aussehen gewannen, als ob ein variotöser Prozess in seinen verschiedenen Stadien der Efflorescenz bis zur Narbenbildung sich daran vollzogen hätte". In der That ist der herangezogene Vergleich ein sehr guter und passt auch vortrefflich für Pozzi's und den vorliegenden Fall von disseminirter, gra-

[1] Archiv für Psychiatrie. XI. S. 117.
[2] Ibid. XII. S. 550.
[3] Ibid. XII. S. 157.

nulöser Sklerose der Hirnrinde. Die atrophischen Formen von Sklerose, wie sie bei senilen Dementen und Paralytikern vorkommen, steht die vorliegende Affection ferner; handelt es sich bei ihr doch um disseminirt zwischen ganz normalen Rindenpartien auftretende, kleine sklerotische Herde, während bekanntlich bei jenen mehr diffuse, gewöhnlich eine Reihe von Windungen mehr gleichmässig befallende Prozesse vorliegen; auch die histologischen Befunde zeigen dabei erhebliche Differenzen von dem oben gekennzeichneten.

Es kann sich noch fragen, ob man es im vorliegenden Falle, ähnlich wie bei der tuberösen Sklerose, vielleicht mit einer ursprünglich congenitalen Affection zu thun habe, welche während des Lebens ihren Stillstand erreicht oder sich nur in mässigen Grenzen weiter entwickelt habe. Dagegen spricht nur zunächst der anatomische Befund, indem sich unzweifelhafte Stellen von verhältnissmässig frischer Erkrankung mit reichlicher Gewebswucherung und einer grossen Anzahl Rundzellen vorfanden, da ferner auch die betreffenden Windungen im Uebrigen gut ausgebildet erschienen und sich sonst keine Anomalien vorfanden, welche auf ein Zurückbleiben des Centralorgans in der Entwickelung hindeuteten, wie man sie z. B. bei der tuberösen Sklerose fast ohne Ausnahme beobachtete.

Noch mehr als der anatomische Befund spricht der klinische Verlauf des ganzen Falles gegen eine congenitale Affection. Wenn die Anamnese auch spärlich ausfiel, so erfuhr man doch, dass die betreffende Frau weder als Kind, noch als Erwachsene erhebliche Intelligenzschwäche gezeigt habe, was doch wohl bei einer derartigen angeborenen Anomalie recht auffallend wäre. Ferner hat sie auch sonst keinerlei Symptome einer Affection des Centralorganes dargeboten — bis in den letzten Jahren, wo „Anfälle" auftraten mit Bewusstlosigkeit, vermuthlich Petit-mal-Anfälle; auch in dem Falle von Pozzi hat der betreffende Patient in seinen letzten Lebensjahren an reichlichen epileptischen Anfällen gelitten. Wahrscheinlich wird auch in dem vorliegenden Falle eine Intelligenzschwäche bestanden haben, die eben der darauf nicht achtenden Umgebung entgangen sein mag. Es darf wohl als ziemlich sicher hingestellt werden, dass sich bei Fortdauer des Lebens und Weiterentwickelung der Rindenerkrankung schliesslich deutlichere Zeichen einer Beeinträchtigung des Centralorganes, speciell Intelligenzschwäche und Zunahme der Anfälle gezeigt hätten. Die Entwickelung des Prozesses geht wahrscheinlich auf die letzten Jahre zurück und man kann sich wohl vorstellen, dass durch die vorliegende Rindenaffection ein günstiger Boden für die Entwickelung einer Psychose geschaffen wurde.

II. Referate.

Anatomie.

1) **Die Kleinhirnrinde** von Ch. Beevor. (Arch. f. Anatomie u. Physiologie. 1883. Phys. Abth. S. 363.)

Der Verf. hat zum Studium des Kleinhirns — besonders vom Hunde — eine Anzahl neuerer Untersuchungsmittel: Säurefuchsin, Nigrosin u. A. angewendet.

Er bestätigt zunächst den Zusammenhang von je einer Purkinje'schen Zelle mit einer markhaltigen Faser, welche die Körnerschicht durchsetzend in den Markstrahl zieht: unverzweigte Fasern. — Ausser diesen giebt es in der Körnerschicht einen Plexus von feineren markhaltigen Nervenfasern, der sich in die moleculäre Schicht hinein fortsetzt: verzweigte Fasern.

Von den Körnern der Körnerschicht unterscheidet B. wie Denissenko zwei Arten. Die sog. Eosin-Zellen (bipolare Ganglienzellen?) scheinen ihm mit markhaltigen Nervenfasern zusammenzuhängen. Die Hämatoxylin-Zellen sind Gliazellen, welche durch feine Ausläufer ein dem reticulirten Bindegewebe ähnliches Netz bilden; sie hängen mit dem Gliazellennetz der weissen Substanz direct zusammen. — An der Grenze der Körnerschicht und moleculären Schicht bilden Gliazellen eine besondere Lage (limitans interna), von welcher aus Stützfasern senkrecht zur Oberfläche verlaufen, die bekannten Bergmann'schen.

In der „moleculären" Schicht bildet gleichfalls ein Glianetz die Grundlage, aber mit nur wenigen persistirenden Zellen, denn die meisten sind mit ihrem Protoplasma bei der Bildung des Glianetzes in dieses aufgegangen. — Purkinje'sche Zellen und ihre grossen verästelten Fortsätze werden von einer aus Gliazellen und Glianetz gebildeten Scheide umfasst.

Für den Zusammenhang des eigentlich nervösen Systems stellt B. nun folgendes Schema auf (von dem er allerdings selbst sagt, dass es auch anders sein könne): Aus dem Markstrahl geht eine unverzweigte Nervenfaser zu einer Purkinje'schen Zelle, deren verästelte Fortsätze sich in der moleculären Schicht zerstreuen — in der einen von Obersteiner nachgewiesenen Verästelungsebene —; ihre letzten Enden biegen sich um 90° um, verlaufen so der Oberfläche parallel und sammeln sich zu Fasern, die sich mit Mark umgeben und einen Nervenplexus bilden, welcher in die Körnerschicht und durch diese hindurch (verzweigte Fasern derselben) zum Markstrahl gelangt.

(Leider hat B. den Uebergang der Zellenfortsatz-Enden in Nervenfasern und die Umbiegung um 90° nicht gesehen, sondern nur vermuthet. Dass B. die vom Referenten gesehene Umbiegung der feinsten Enden der Zellenfortsätze um 180° und ihr Rücklaufen zur Körnerschicht nicht zu Gesicht bekommen hat, liegt wahrscheinlich an den eingreifenden Erhärtungsmethoden, die er anwendete.)

Ueber seine Auffassung des Glianetzes, das er als Analogon der Markscheide für die Enden der Ganglienzellenfortsätze ansieht, stellt B. eine besondere Abhandlung in Aussicht. Hadlich.

Experimentelle Physiologie.

2) Ueber das Kniephänomen in Beziehung zur Hautsensibilität der Patellargegend von Jaroschewsky. (Wratsch. 1884. Nr. 3. Russisch.)

Verf. untersuchte 300 Rekruten (im Alter von 21 Jahren) einerseits auf das Verhalten der Patellarsehnenreflexe, andererseits auf die Schärfe des Tastgefühls in der Patellargegend. Zu ersterem Zweck notirte er das Vorhandensein oder Fehlen, sowie die Heftigkeit des Kniephänomens; zu letzterem — den minimalen Abstand der Spitzen eines Weber'schen Tastzirkels, bei welchem noch beide Spitzen deutlich empfunden wurden. Bei 2,14% der untersuchten Subjecte, bei welchen das Kniephänomen beiderseits fehlte, betrug der Spitzenabstand 2,5—4 cm, bei 75% mit Sehnenreflexen von mittlerer Stärke 1—2,5 cm; bei 10% mit schwachen Reflexen 1,5—3,5 cm; bei 9,3% mit stark ausgedrücktem Kniephänomen 0,5—2 cm. Diese Zahlen veranlassen Verf. zu der Behauptung, dass die Stärke des Kniephänomens von dem Zustand der Hautsensibiliät, also von der Reizbarkeit der in der Haut der Patellargegend enthaltenen centripetalen Nerven beeinflusst wird. Hierdurch erklärt er die Seltenheit des Fehlens des Kniephänomens im frühen Kindesalter (nach

Pelizaeus' Angabe nur in 0,25 %), und die Zunahme dieser Erscheinung im Greisenalter (nach Möbius in 15 %), wo die Hautsensibilität gewöhnlich abgestumpft wird.

In einigen der untersuchten Fälle war das Kniephänomen nur an einer Seite vorhanden, während es an der anderen vollständig fehlte; in anderen war es an einer Seite bedeutend stärker ausgeprägt, als an der anderen. Hier fanden sich gewöhnlich entsprechende Differenzen in der Schärfe des Tastgefühls an beiden Seiten. So betrug in einem Fall der minimale Abstand der Zirkelspitzen am rechten Bein, wo das Kniephänomen kräftig war, 1,5 cm, während er sich am linken, an dem sich nur ein sehr schwacher Patellarsehnenreflex hervorrufen liess, auf 2,5 cm belief; genauere Untersuchung constatirte in der linken Patellargegend Narbenbildung nach Brandwunden. Da eine Herabsetzung der Hautsensibilität der Patellargegend durch verschiedene Bedingungen herbeigeführt werden kann, so bestreitet Verf. die Bedeutung des Fehlens der Sehnenreflexe als ausschliessliches Symptom einer Erkrankung der hinteren Rückenmarksstränge. P. Rosenbach.

---

3) Experimentelle Untersuchung der unter dem Namen „Sehnenphänomene" bekannten Erscheinungen von Th. Rosenheim. (Inaug.-Diss. Berlin 1884.)

R. sucht die seit langer Zeit streitige Frage der Entstehung der Sehnenphänomene — reflectorisch oder nicht — auf experimentellem Wege, und zwar mittelst exacter Latenzbestimmungen zu entscheiden. Der zu gleichem Zwecke von Eulenburg und Gowers angewandten Methode (Luftkapseln) macht R. den Vorwurf, dass dabei die zur Fortleitung des Druckes im Luftrohr erforderliche Zeit unberücksichtigt geblieben sei — ein Vorwurf, der, so weit er sich auf die Versuche des Ref. bezieht, unbegründet ist (vgl. meine ausdrückliche Angabe über diesen Punkt, Zeitschrift f. klin. Med. Bd. IV, Heft 1 und 2; die zur Fortpflanzung des Luftdrucks erforderliche Zeitlänge berechnet sich dort = 0,003 Secunde). R. bediente sich daher der elektrischen Uebertragungsmethode; ein an der Patellarsehne befestigtes Kupfer- oder Stanniolplättchen führte durch Leitungsdraht zu einem Daniell-Elemente, das mit einem elektromagnetischen Markirer leitend verbunden war; von diesem ging ein Draht zu dem metallischen Kopfstück eines für diesen Zweck construirten Percussionshammers. Sobald letzterer das Stanniol berührte, wurde der Strom geschlossen und der Schreibhebel des Markirers angezogen. Der Zeitpunkt der beginnenden Muskelcontraction wurde mittelst einer geeigneten Vorrichtung auf elektromagnetischem Wege ebenfalls markirt; die Spitzen beider Markirer zeichneten vertical über einander auf der Trommel des Kymographen, bei grösster Rotationsgeschwindigkeit derselben (1 Meter Cylindermantel in 13 Secunden). — Bei einem so untersuchten gesunden Knaben betrug der Betrag gewöhnlich 0,035—0,04 Secunden — zeitweise aber auch 0,05; einmal selbst 0,10! seltener unter 0,035 (0,03, resp. 0,025). Aehnliche Schwankungen zeigten sich auch bei 3 anderen Versuchspersonen; unter pathologischen Verhältnissen Sinken bis zu 0,025 (Hemiplegie mit mässigen Contracturen). — Die Dauer der Latenz wird nach R. beeinflusst durch die Stärke des Schlages und die Lage des getroffenen Punktes der Sehne; vielleicht auch durch vorübergehende Einflüsse von Seiten des untersuchten Individuums, z. B. Aufregung, Bewegungen und durch pathologische Verhältnisse.

Um den Einfluss der Stärke des Schlages etc. genauer zu eruiren, wurde ein Schlagapparat construirt, bei welchem die Stärke des Schlages durch Anwendung von Federn verschiedener Stärke beliebig abgestuft werden konnte; ausserdem wurde dabei auch immer nur eine bestimmte circumscripte Stelle der Sehne von dem herabfallenden kugelförmigen Ende des Hebelarmes getroffen. Es zeigte sich dabei, dass die Reizübertragung nach dem Muskel zu nicht von allen Theilen der Sehne gleich exact stattfand; an den wenigen empfindlichen Stellen war nicht nur das Phänomen schwächer, sondern auch die Latenz grösser. Bei Wahl der vorzugsweise empfindlichen Stellen

war die Latenzdauer umgekehrt proportional der Stärke des Schlages (wenn die übrigen Bedingungen gleich waren). Bei wiederholter Prüfung an derselben Stelle machte sich ein allmähliches Steigen der Latenz bemerklich proportional der Anzahl der Einzelschläge. Es wurde also offenbar durch die Dauer des Versuches die Empfänglichkeit der getroffenen Stelle herabgesetzt. — Bei der grossen Breite der an demselben Individuum vorkommenden Schwankungen der Latenzdauer liege es nahe, dass dieselbe unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen nichts wesentlich Charakteristisches zeigt. Nie sah R. die Latenz des echten Kniephänomens unter 0,025 Secunden sinken; diese Zeitdauer ist aber mit einer reflectorischen Entstehung des Phänomens noch wohl vereinbar.

Beim Kaninchen fand R. in der Regel einen Betrag von 0,03—0,035 (selten bis 0,02 abwärts; 0,05—0,06 aufwärts). —

Schliesslich berichtet R. über einen Fall, in welchem das Kniephänomen mittelst magnetelektrischer Ströme eines Saxton-Stöhrer'schen Rotationsapparates producirt werden konnte; dasselbe ist hier als Summationserscheinung der auf einmal folgenden Einzelreize (Schläge) bei Drehung des Apparats zu betrachten. Voltaelektrische, primäre und secundäre Inductionsströme hatten keine ähnliche Wirkung.

A. Eulenburg.

Pathologische Anatomie.

4) Chorea and its possible cause by Max Richter, San Francisco. (The Western Lancet, a journal of medicine and surgery. Vol. XII. Nr. 12. p. 529.)

R. theilt einen Fall von völlig entwickelter Chorea bei einer 25jährigen Patientin mit, die das Leiden seit ihrem 15. Jahre hatte, alle üblichen Mittel erfolglos brauchte und durch zunehmende Ernährungsstörung sehr heruntergekommen war; die in diesem Zustande vorgenommene Untersuchung des Blutes ergab eine „fast schwarze" Farbe desselben; Verlust der Neigung zur Adhärenz der rothen Blutkörperchen, Gestaltveränderungen derselben (Stechapfelform), Vermehrung der weissen Blutzellen; reichliche Pigmentkörnchen und einige Eiterkörnchen nebst sehr zahlreichen Mikrokokken. — Der Tod erfolgte; die von Ferrer und Dupuy mit „äusserster Sorgfalt" vorgenommene Section ergab angeblich nicht die geringste (makroskopische) Veränderung der Nervencentra. — R. sucht diesen Fall als Beweis dafür zu verwerthen, dass Chorea ohne jede antomische Läsion im Nervensystem vorkommen könne, und betont die Wichtigkeit einer mikroskopischen Blutuntersuchung bei Choreatischen.

A. Eulenburg.

Pathologie des Nervensystems.

5) Om den epileptoide sinnes jukdomen af Ernst Hjertström. (Nord. med. Arkiv. 1883. XV. 2. Nr. 10. S. 1—48.)

Die epileptoide Geisteskrankheit (das psychisch-epileptische Aequivalent) definirt Verf. als acute, recidivirende oder durch Recidive protrahirte Form von Geistesstörung, mit epileptischem Charakter, aber ohne die Convulsionen, und die deshalb, klinisch aufgefasst, als vicarirend für den epileptischen Anfall oder wenigstens für die convulsive Phase desselben betrachtet werden muss. Von den 8 zum Theil sehr ausführlich mitgetheilten und die typischen Symptome zeigenden Fällen hat Verf. 5 zum Theil oder ganz selbst beobachtet, die übrigen sind ihm zur Veröffentlichung überlassen worden. — Als Ursache der psychischen Krankheitserscheinungen nimmt Verf., wie es für die Bewusstlosigkeit beim epileptischen Anfalle wahrscheinlich ist, einen Gefässkrampf an, der zwar nicht dieselbe Intensität erreiche, wie beim epileptischen Anfalle, aber doch hinreichend sei, um durch Gefässcontraction Rindendyspnoë zu erzeugen.

Nach Verf.'s Annahme wird nun das regellose Spiel der subcorticalen Centra, welches, unbehindert von der im normalen Zustande vorhandenen hemmenden Wirkung der corticalen Centra, je nach den verschiedenen in Thätigkeit gesetzten Sinnesnervenkernen verschiedene sensorielle Phänomene hervorbringt, zu der dypnoischen Rinde fortgeleitet und nimmt hier die Form von Hallucinationen an. Dies erscheint nach Verf. nicht weniger erklärlich, wie die Thatsache, dass bei der gewöhnlichen Melancholie alle Eindrücke aus der Aussenwelt ohne Ausnahme eine für den Kranken unangenehme Beschaffenheit annehmen. Verf. ist geneigt, zu glauben, dass die Hallucinationen nur zu Anfang des Anfalls vorkommen oder vielmehr appercipirt werden, so lange der Gefässkrampf noch keinen höheren Grad erreicht hat, und dann wieder, wenn der Gefässkrampf abnimmt, weil ein gewisses Maximum der Gefässcontraction in den Grosshirnhemisphären oder der Reizung des vasomotorischen Centrums die Möglichkeit der Apperception, das Bewusstsein des Geschehenden, vernichtet, wie dies bei dem convulsiven Anfalle geschieht. Zweifellos findet ein gleiches Verhalten während des Anfalles auch bei der epileptoiden Geistesstörung statt, was daraus hervorgeht, dass nach schweren Anfällen die Kranken förmliche Lücken im Bewusstein angeben. Manchmal kann indessen das Apperceptionsvermögen nur herabgesetzt und das Bewusstsein nur getrübt sein und eine dunkle Erinnerung besteht nach dem Anfalle. Bei solchen Kranken ist oft ein Angstgefühl die überwiegende Empfindung, die alle andern Vorstellungen absorbirt; dieses Angstgefühl ist höchst wahrscheinlich das Resultat der durch den Gefässkrampf bedingten Circulationsstörung in der Hirnrinde, durch welche die normale Moleculartätigkeit der Hirnzellen herabgesetzt wird, der Rindendyspnoë, zu betrachten. Die Uebereinstimmung der Symptome in jedem einzelnen Anfalle bei demselben Individuum entspricht ebenfalls der Annahme eines Gefässkrampfs als Ursache; die Reizung, welche diese Phänomene hervorruft, muss bei derselben Reizbarkeit im Angriffspunkte und bei denselben Reizungsbahnen auch jedesmal im Einzelnen denselben Effect haben. Die Abwechselung zwischen Geistesstörung und epileptischen Convulsionen lässt sich nach Nothnagel's Hypothese von der coordinirten, aber unabhängigen Stellung des vasomotorischen und des Krampfcentrums einander gegenüber erklären, wenn man annimmt, dass die Reizschwelle des Krampfcentrums niedriger liegt als die des vasomotorischen Centrums.

Walter Berger.

---

6) **Épilepsie partielle** par Planat. (Annal. méd.-psychol. 1884. Janv. p. 59.)

Ein 50jähr. scrophulöser und unter erblicher Belastung zur Epilepsie stehender Mann war gezwungen, die gewohnte Beschäftigung zu wechseln, was Kummer und geistige Ueberanstrengung mit sich brachte; dabei litt er an chronischen, zu Entzündungen und Geschwürsbildung neigenden Varicositäten der unteren Extremitäten. Gelegentlich einer erneuten Entzündung der Varicen empfand er heftigen Kopfschmerz und ein wüstes Geräusch, wie von einer rasch fahrenden Locomotive im Kopf, denen sofort epileptische Zuckungen erst im linken Arm, dann im linken Bein folgten; Dauer der Anfälle war 2—3 Minuten. Kein Verlust des Bewusstseins. Tagsüber traten die Anfälle 4—5mal auf, um schliesslich seltener zu werden und um nach 12 Tagen zu verschwinden. Erst nach Jahren wiederholten sich die Anfälle in milderer Weise. Planat hält die Störung für partielle Epilepsie, hebt aber das Eigenthümliche hervor, dass eine corticale Läsion, auf welche die partielle Epilepsie bezogen werden muss, Jahre lang ohne Erscheinungen bleiben kann, um dann wieder plötzlich hervorzutreten. Auffällig ist ferner das Fehlen schmerzhafter Sensationen, motorischer und sensorieller Störungen und die Abwesenheit von Schwindelanfällen.

Jehn.

---

7) **Ein seltener Fall von Epilepsie (Epilepsia rotatoria)** von Dr. Schreiber in Budapest. (Wien. medic. Blätter. 1883. Nr. 40. 41. 42.)

Aus der mit grosser Ausführlichkeit behandelten Krankengeschichte einer 46jährigen Frau, die, ohne hereditär belastet zu sein, in ihrem 34. Lebensjahre und zwar im Verlaufe ihrer neunten Schwangerschaft zum ersten Male einen epileptischen Schwindel bekam, dem im Verlaufe der nächsten Schwangerschaften bald schwerere Anfälle folgten, bis sich vor 7 Jahren etwa das klassische Bild der Epilepsie entwickelte, ist besonders das eine Symptom der „Drehbewegung" hervorzuheben, welches den Verf. veranlasst hat, dem Krankheitsbilde den neuen Namen: „Epilepsia rotatoria" beizulegen.

Sowohl die leichteren, als die schwereren Anfälle werden nämlich, ohne dass eine Aura vorausgegangen, durch Drehbewegungen eingeleitet, welche zuerst den Kopf, dann den Rumpf, zuletzt die unteren Extremitäten ergreifen, sodass schliesslich der ganze Körper um seine Längsaxse und zwar von rechts nach links gedreht war.

Trifft ein leichter Anfall die Kranke im Stehen oder Gehen, so führt sie die Drehungen aus ohne umzufallen; nachdem die Bewegung zu Ende, steht die Kranke plötzlich still, ohne zu taumeln. Kommt ein Anfall im Sitzen, so wird sie zuerst von ihrem Sitze in die stehende Lage aufgerissen, und fängt dann erst an, sich um ihre senkrechte Axe zu drehen. — Im Liegen tritt „Rollbewegung" ein. — Bei schwereren Anfällen erlischt das Bewusstsein und es treten noch während der Dauer der Drehungen allgemeine clonische, zuletzt tonische Krämpfe auf, die schliesslich mit einem Coma endigen. Durch Behandlung mit Bromkali wird eine Verminderung der Intensität und der Frequenz der Anfälle erzielt.

Bemerkenswerth ist noch, dass die Kranke, sobald ihr der Drehschwindel rechtzeitig zum Bewusstsein kommt, im Stande ist, durch tiefe Athemzüge einen Anfall zu coupiren, dass ferner, so oft die Pat. ihre Heimath verlassen, die Epilepsie während der ganzen Dauer der Abwesenheit von Haus, die Anfälle ausgeblieben sein sollen. Die Kranke leidet an einer Hemianaesthesia dextra, einer leichten Lähmung des rechten Facialis und einer motorischen Schwäche der linken oberen Extremität (!?); ihre geistigen Fähigkeiten haben trotz der nunmehr 12 Jahre bestehenden Epilepsie nicht gelitten; sonstige cerebrale oder andere somat. Symptome sind nicht verzeichnet.

Der Verf. vergleicht den beschriebenen Fall mit denen Berger's und Semola's, welche auch bei Epilepsie einige Male Rotationsbewegungen gesehen haben. Er glaubt, dass es sich im vorliegenden Falle um eine sog. „unregelmässige Form" (Nothnagel) der echten Epilepsie (corticaler Tumor? D. Ref.), nicht um eine Hystero-Epilepsie handle. Er hält es für möglich, dass sich während der Schwangerschaftsperioden ausgebreitetere Osteophytenbildungen an der Innenfläche der Schädelkapsel entwickelt und sich möglicher Weise im Rayon des verlängerten Markes massenhafter angehäuft haben, die von dort aus „Drehbewegungen" und auf reflect. Wege auch epileptische Anfälle auslösten.. Laquer.

---

8) **Ein Fall von acuter aufsteigender Paralyse** von Dr. J. Hoffmann. Aus der medicinischen Klinik zu Heidelberg. (Arch. für Psychiatrie etc. Bd. XV. H. 1. 1884.)

Verf. berichtet folgenden, noch zu Lebzeiten Friedreich's auf dessen Klinik beobachteten Fall.

Eine 36jährige Frau empfand nach 8tägigen geringfügigen Prodromen und nachdem sie 2 Tage angestrengt gearbeitet hatte, am 17. Juli ungewöhnliche Müdigkeit in den Beinen, in der Nacht vom 17—18 „Wimmeln" in den Oberschenkeln; vom 19. musste sie zu Bett bleiben, da ihr das Gehen unmöglich geworden, zugleich stellte

sich auch Schwäche in den Armen ein. Am 21. brach sie beim Versuch aufzustehen, vor dem Bett zusammen, am 25. fiel ihr das Kauen schwer, die Stimme nahm an Deutlichkeit ab, am 29. kamen Deglutitionsbeschwerden hinzu, gleichzeitig mangelhaftes Heben des oberen Lides und Thränen des rechten Auges; drückender Schmerz in der Schläfengegend.

Am 1. August bei der Aufnahme bestand hochgradige Lähmung der unteren, Parese der oberen Extremitäten bei vollkommen schlaffer, nicht atrophischer Musculatur. Keine Anomalie der Sensibilität in ihren verschiedenen Qualitäten. Plantarreflexe erhalten, Patellarreflexe erloschen. Doppelseitige complete Facialislähmung und Lähmung der Kiefermuskeln. Erhebliche Deglutitionsbeschwerden, Unmöglichkeit, feste Bissen zu schlucken. Reichliches Ausfliessen von Speichel. Bewegungen der Zunge nicht ganz frei, Articulation unrein, Bewegungen des Gaumensegels gut. Keine Aphonie. Leichte Beeinträchtigung der Function des rechten M. levator palpebrae superioris, sonst alle Augenbewegungen frei. Trigeminus, Geruch, Geschmack, Pupillen, Sehvermögen, Gehör normal; rechts etwas Ohrensausen. Respiration, Urinexcretion bis dahin in Ordnung. Kein Fieber. Puls 82.

Am 2. August hatten sich die Deglutitionsbeschwerden erheblich gesteigert, es musste wegen Retentio urinae catheterisirt werden, die den Kopf fixirenden Muskeln waren paretisch. Nachmittags trat Dyspnoë, Zwerchfelllähmung unter Steigerung der Körpertemperatur ein. Die elektrische Untersuchung ergab für den faradischen Strom an oberen und unteren Extremitäten, dem linken Facialis normale Reaction, dagegen eine Beeinträchtigung, Herabsetzung im rechten Facialisgebiet. Gegen den galvanischen Strom normales Verhalten. Am folgenden Morgen erfolgte unter Steigerung der Dyspnoë der Tod asphyktisch.

Bei der Section zeigten sich schon makroskopisch graue Flecke in den Hinter- und Seitensträngen des Rückenmarks. Bei der mikroskopischen Untersuchung (Schultze) fand sich sowohl im Bereich der Medulla oblongata als des Rückenmarks eine ausgesprochene Infiltration der Gefässwände der Pia und Arachnoidea, auch einzelner Gefässe der Nervensubstanz selbst, mit grosskörnigen Zellen. Ausserdem in den Corp. restiformia, den Pyramiden vereinzelte colossal gequollene Axencylinder, zum Theil mit Vacuolen. Im Rückenmark, und zwar im Hals- und Dorsaltheil, besonders in den Seitensträngen, sowohl in der Peripherie als central gelegen, kleine Gruppen und vereinzelte gequollene Axencylinder. Auch in den Vordersträngen und den intramedullären vorderen Wurzeln überall einzelne enorm gequollene Axencylinder; die hinteren Wurzeln frei. Die Bindegewebszüge nur mässig aufgequollen. Die Ganglienzellen zum grössten Theil eigenthümlich glänzend und aufgedunsen, mit undeutlichem Kern; keine Vacuolen. Kleinere Hämorrhagien in der Medulla oblongata, an zahlreichen Stellen der grauen Substanz des Hals- und Brusttheils zerstreut. In der Lendenanschwellung auch mikroskopisch nichts Abnormes. Einzelne Muskeln (Crurales, Zygomatici) boten bei der Untersuchung keine Veränderung. Ebenso wenig Nv. crurales und der Facialis sinistr. in einzelnen Fasern des rechten Facialis partiell dunkle Färbung des Markes. An den grossen Unterleibsdrüsen nur Hyperämie, keine parenchymatöse Trübung. Die Untersuchung des Blutes fiel negativ aus.

Es handelte sich also um eine Myelomeningitis und Bulbomeningitis, die zwar nicht sehr ausgebreitete und intensive aber doch deutliche Veränderungen gesetzt hatte. Aus dem klinischen Verlauf geht hervor, dass der Fall ein typisches Beispiel der acuten aufsteigenden Paralyse Landry's darstellt und er reiht sich der nunmehr nicht unbeträchtlichen Zahl von Beobachtungen dieser Krankheitsform mit positivem anatomischen Befund, speciell den Fällen von Leyden — von den Velden und Schulz — Schultze an. Eisenlohr.

9) **De la myélite aiguë centrale survenant chez les syphilitiques à une époque rapprochée du debut de l'affection** par le Dr. Déjerine. Travail du laboratoire du professeur Vulpian. (Revue de médecine. 1884. Janvier. p. 60.)

Erste Beobachtung: 51jähriger Mann. September 1878 indurirter Schanker, mehrere Monate lang mit Quecksilber behandelt. Keine Secundärerscheinungen. Im Februar 1879 leichte, bald vorübergehende Harnbeschwerden und Schwächezustände in den Beinen. Im October 1879 nach einer Erkältung rascher Eintritt von Schmerzen in den Beinen und Lähmung derselben. Bald vollständige motorische Paraplegie und totale Anästhesie, Incontinentia urinae, später Retentio. Hautreflexe erloschen. Decubitus am Kreuzbein und an den Hacken. Gangränbildung an der vorderen Bauchhaut, im Anschluss an die Application eines Cataplasma entstanden. Tod am 21. November 1879 an Respirationslähmung. — Section (und genaue mikroskopische Untersuchung): diffuse acute Myelitis, welche das ganze Dorsalmark und einen grossen Theil des Lumbalmarks einnimmt, im mittleren Dorsalmark ihre grösste Intensität zeigt. Beginnende secundäre Degenerationen. Starke Veränderungen der vorderen Wurzeln und der Hautnerven, welche zu dem brandig gewordenen Bezirk der vorderen Bauchwand gehören. Hintere Wurzeln normal. Die Gefässe im myelitischen Herd sehr stark erweitert, ihre Wände verdickt und mit „embryonalen Elementen" infiltrirt.

Zweite Beobachtung: 38jähriger Mann. Frühjahr 1880 Initialsklerose mit darauf folgendem Exanthem und Schleimhautaffection. Heilung dieser Symptome ohne specifische Behandlung. Am 8. Mai 1881 plötzlich Schmerzen längs der Wirbelsäule, am 15. Mai rasch eintretende Lähmung der unteren Extremitäten. Vollständige motorische und sensible Paraplegie, aufgehobene Reflexe, Blasen- und Rectumlähmung. Am 21. Mai beginnender Decubitus, mangelhafte Respiration. Am 23. Mai Tod. — Die Section (ebenfalls genaue mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks) ergab eine acute Myelitis in der Lendenanschwellung, vorzugsweise in der grauen Substanz derselben. Nach oben hin nehmen die Veränderungen allmählich ab, obgleich selbst noch im Cervicalmark leichte Andeutungen der Entzündung vorhanden sind. Gefässveränderungen im Lendenmark wie im ersten Falle.

Verf. macht speciell darauf aufmerksam, dass weder der klinische Verlauf der Fälle, noch auch der anatomische Befund irgend etwas für die Syphilis speciell Charakteristisches darbietet. Der Zusammenhang der Spinal-Erkrankung mit der Syphilis kann einstweilen, so lange wir das syphilitische Virus nicht kennen und nicht direct nachweisen können, nur aus der Anamnese erschlossen werden. Eine specifische antiluetische Behandlung wurde in keinem der Fälle versucht.

Strümpell.

---

10) **De quelques accidents spinaux déterminés par la présence dans la moëlle d'un ancien foyer et myélite infantile** par G. Ballet et A. Dutil. (Revue de médecine. 1884. Janvier. p. 18.)

Die Verff. machen darauf aufmerksam, dass ein alter poliomyelitischer Herd im Rückenmarke nicht in allen Fällen als ein vollständig abgelaufener, für weitere Folgeerscheinungen bedeutungsloser Process zu betrachten sei. Die Erfahrung scheint vielmehr darauf hinzuweisen, dass Individuen, welche eine alte spinale Kinderlähmung haben, in der Folgezeit zu neuen Erkrankungen des Rückenmarks mehr disponirt sind, als vollkommen gesunde Personen. Nach einigen eigenen und nach den aus der Literatur gesammelten Fällen erwähnen die Verff. folgende vier Erkrankungen, welche bei Personen mit einer alten, aus ihrer Kindheit stammenden Poliomyelitis, später auftreten können.

1) Plötzlich kommende, aber rasch (nach einigen Tagen) wieder vorübergehende Paresen und Lähmungen in den Beinen.

2) Eine neue acute Poliomyelitis („Poliomyelitis acuta der Erwachsenen").

3) Eine subacute Spinallähmung in der Form der bekannten „paralysie générale spinale antérieure subaiguë" (subacute, meist aufsteigende Poliomyelitis).

4) Eine progressive Muskelatrophie d. h. eine durchaus chronisch verlaufende Poliomyelitis.

Alle diese Folgezustände beziehen sich, was sehr bemerkenswerth erscheint, auf dasselbe anatomische Gebiet (die grauen Vordersäulen), welches schon bei der spinalen Kinderlähmung selbst der Hauptsitz der Erkrankung war. Ueber den näheren Zusammenhang der früheren mit der neuen Erkrankung sprechen sich die Verff. nur vorsichtig aus. Bei den Personen mit alter Kinderlähmung sei das Rückenmark gewissermaassen ein „locus minoris resistentiae", die Kranken wären „médullaires" (nach Analogie der „cérébraux". Dem Ref. scheint in Hinsicht auf die immer wahrscheinlicher werdende infectiöse Natur der acuten Poliomyelitis die Vermuthung naheliegend, ob nicht die späteren Erkrankungen als echte Recidive aufzufassen sind, etwa ebenso, wie von einem alten tuberculösen Herde aus mit einem Mal eine neue tuberculöse Erkrankung sich entwickeln kann. Auch die Verff. scheinen Aehnliches im Sinne gehabt zu haben, wenn sie sagen: „il semble, que l'incendie ne se soit éteint qu'en apparence; le feu couve sous la cendre.") Strümpell.

---

11) On posterior spinal sclerosis, consecutive to disease of bloodvessels by Thomas Buzzard. Microscopical examination of the cord by M. Bevan Lewis. (Brain. 1884. January. p. 461—486.)

Ein 39jähriger Stubenmaler, welcher niemals Bleivergiftungserscheinungen gezeigt hatte und nicht syphilitisch war, litt nach Erkältung seit 22 Monaten an Unsicherheit und Taubheit der Beine, seit 18 Monaten an durchschiessenden Schmerzen, seit 2 Monaten an Doppelsehen und später Blindheit des linken Auges. Es bestand Unfähigkeit zu gehen und zu stehen, Ataxie, Verlust des Kniephänomens, Störung der Berührungsempfindung, Verlangsamung der Schmerzempfindung in den Unterextremitäten, Verlangsamung der Plantarreflexe, ophthalmoskopisch vorgeschrittene Opticusatrophie links, reflectorische Pupillenstarre. Nach 5 Monaten trat nach Zunahme der Schmerzen bald nach dem Auftreten gastrischer Krisen in Folge der Retraction nach einer acuten Tonsillitis der Tod ein.

Die mikroskopische Untersuchung des schon frisch den Befund der grauen Hinterstrangsdegeneration darbietenden Rückenmarks durch Lewis bestätigte die ausgedehnte Erkrankung der Hinterstränge in ihrer ganzen Länge, zeigt aber, wie dies durch specielle Angaben über die Cervical-, Dorsal-, Lumbarregion ausgeführt wird, theilweise Erkrankung der hinteren Wurzelzonen, der Kleinhirnseitenstränge, der Pyramidenseitenstränge, der Vorderhörner in einzelnen ihrer Ganglienzellengruppen, der Clarke'schen Säulen. In der Medulla oblongata waren die Funculi cuneati und graciles, die Kleinhirnbahnen der Corpora restiformia, der äussere Theil des Vaguskerns, die Solitärbündel erkrankt. Besonders auffällig war in den erkrankten Partien der hohe Grad der Vascularisation, indem die Blutgefässe äusserst zahlreich und erweitert bei Verdickung ihrer Wandungen auf dem Querschnitte oft mit klaffendem Lumen sich darstellten und offenbar das Centrum der sklerotischen Veränderungen bildeten.

Obgleich Verf. sich dagegen verwahrt, dass die Tabes dorsalis allemal das Resultat von Arterienveränderungen ist, so glaubt er doch für vorliegenden Fall unter Berufung auf die Befunde von Adamkiewicz einen von den Gefässen auf die Neuroglia übergehenden und die Nervensubstanz erst secundär zum Schwunde bringenden sklerosirenden Prozess annehmen zu sollen. Die erst 3 Wochen vor dem Tode aufgetretenen gastrischen Krisen werden auf frische Betheiligung des Vaguskernes zurückgeführt. E. Remak.

---

12) Ein Beitrag zur Lehre vom Kopftetanus (Tetanus hydrophobicus, Rose) von Prof. Dr. M. Bernhardt. (Zeitschrift für klinische Medicin. Bd. VII, S. 410.)

Am 17. October 1883 wurde einem 32jährigen Manne eine Dermoidgeschwulst am linken Arcus supraorbitalis exstirpirt. Normale Wundheilung. Am 22. October Schwierigkeit beim Oeffnen des Mundes, bald darauf Eintritt einer linksseitigen Facialislähmung und Schlingkrämpfe bei jedem Versuch zu schlucken. Zunehmender Trismus, Kreuzschmerzen und beengendes Gefühl auf der Brust. Sensorium vollständig frei. Die elektrische Untersuchung ergab im linken M. frontalis eine etwas erhöhte galvanische Erregbarkeit und träge Zuckungen, im Uebrigen ganz normale Verhältnisse. Die Facialislähmung, die Kieferklemme und die Schlingkrämpfe hielten bis zum Tode des Patienten, am 2. November, an, während die Beweglichkeit der Extremitäten frei blieb. Die Section ergab am Gehirn und Rückenmark keinen nennenswerthen abnormen Befund.

Hiernach handelte es sich um diejenige Form des Tetanus, welche von E. Rose als „Kopftetanus oder Tetanus hydrophobicus" bezeichnet ist. B. hat im Anschluss an seine eigene Beobachtung auch die übrigen in der Literatur bis jetzt vorhandenen Fälle (im Ganzen 10) zusammengestellt. Er hebt als ein besonders charakteristisches und in fast allen Fällen beobachtetes Zeichen die mit dem Sitz der Wunde gleichseitige Facialislähmung hervor. Dieselbe gehört, wie die elektrische Untersuchung und zuweilen auch der weitere Verlauf zeigt, jedenfalls nicht zu den schweren Formen. Zuweilen können auch in den gelähmten Gesichtsmuskeln Contracturen auftreten, wodurch die eigenthümliche Starrheit des ganzen Gesichts der Tetanischen zu Stande kommt. Die Schlundkrämpfe werden zwar häufig beobachtet, können aber auch fehlen, so dass der Name „Tetanus hydrophobicus" nicht für alle Fälle passt. Die Prognose des Kopftetanus ist zwar sehr ernst, doch sind auch mehrere sichere Heilungsfälle vorgekommen. Strümpell.

Psychiatrie.

13) Der Säuferwahnsinn in St. Petersburg von Bary. (Wratsch. 1884. Nr. 5. Russisch).

Im Laufe von 30 Jahren (1852—1881) wurden in's Maria-Magdalena-Hospital im Ganzen gegen 90,000 Kranke aufgenommen. Darunter waren 1652 (ungefähr 1,8 %), die am Delirium tremens litten. Die vom Autor vorgenommene statistische Zusammenstellung der Aufnahmezahlen für die einzelnen Monate lehrt, dass die Häufigkeit der Erkrankung an Delirium tremens regelmässig in den Sommermonaten zunimmt und im August am grössten ist. Verf. erklärt diesen Umstand dadurch, dass die Arbeiterklasse, die die meisten Fälle von Säuferwahnsinn liefert, im Sommer mehr Geld verdient und sich deshalb in höherem Grade dem Trunk ergiebt.

P. Rosenbach.

14) Ueber den Einfluss der Trunksucht auf die Entstehung der Idiotie von Dr. Kind. (Allg. Ztschr. f. Psych. 1883. Bd. 40. H. 4.)

Während man den Einfluss der Trunksucht auf die Entstehung der Idiotie bei den Descendenten allgemein anerkennt, ergaben bisher die positiven zahlenmässigen Angaben verschiedene Werthe, und zwar meist geringe Procentsätze. K. fand bei 923 Idioten 105 mal Trunksucht bei den Vorfahren, also 11,38 %. Doch ist, wie K. ausführt, zu bemerken, dass auch andere belastende Momente dabei concurriren, sodass die Zahlen mit Vorsicht zu verwerthen sind. Siemens.

15) **Katatonie** von Dr. Jensen, Director d. ostpreuss. Irrenanstalt Allenberg. (Ersch u. Gruber, Allg. Encyclop. d. Wissensch. u. Künste. 2. Serie. XXXIV. Bd. S. 259.)

Die Grundlage einer jeden Therapie ist die Kenntniss dessen, was sie bekämpfen soll. Es darf daher nicht genügen, dass man bei Besprechung einer Krankheit ihre Symptome constatirt, sondern man muss hauptsächlich zu erforschen suchen, auf welchen pathologischen Veränderungen jene basiren. In der Psychiatrie ist nun leider dieses Streben öfters bei Seite gelassen worden, obschon die Untersuchung erkrankter Gehirne äusserst fruchtbar gewesen ist. Man war oft damit zufrieden, aus den psychischen Abnormitäten, die ein Kranker bot, eine Melancholie, eine Manie etc. zu construiren, und übersah dabei, dass auf diese Weise keine „Krankheiten", sondern nur Symptomencomplexe gewonnen wurden, die auf den allerverschiedensten pathologischen Zuständen trotz der klinischen Aehnlicheit beruhen konnten, und daher die differentesten Eingriffe der Therapeutik verlangten. Es schien daher wünschenswerth, feinere klinische Unterschiede aufzusuchen und nach der Beobachtung gegebener Krankheitsfälle, während ihres ganzen Verlaufes durch die Section ihre eigentlichen pathologischen Alterationen zu ergründen. So gelang es zuerst aus den unzähligen Fällen von Manie mit späterem Uebergang in Blödsinn eine Kategorie von Fällen auszumustern, in denen die tobsüchtige Erregung von dementen Grössenwahnvorstellungen und allgemeinen paretischen Symptomen begleitet war, und bei der Untersuchung des autoptischen Materials stellte es sich heraus, dass regelmässig eine Periencephalitis vorlag. So wurde ein einheitliches Krankheitsbild geschaffen, in welchem constante klinische Erscheinungen bestimmten pathologischen Veränderungen entsprachen, und es ist nun wenigstens die Möglichkeit gegeben, den therapeutischen Hebel an der richtigen Stelle anzusetzen, wenn auch bisher noch kein wesentlicher Erfolg damit erzielt ist. Die Paralyse wird jedenfalls allgemein anerkannt. Eine ähnliche neue „Krankheit" im Sinne der internen Medicin an Stelle der früher einzig diagnosticirten Symptome soll nun die Katatonie (und auch die Hebephrenie) darstellen; beide von Kahlbaum, der beiläufig bemerkt viele Jahre hindurch der Allenberger Irrenanstalt zur Zierde gereichte, aufgefunden. Die Katatonie ist nach ihm eine Gehirnerkrankung, deren psychische Symptome regelmässig, wenn auch nur vorübergehend, von einer tonischen Starre der gesammten Musculatur begleitet werden, und der stets eine specifische Anämie des Hirns und seiner Häute, sowie ein auffälliges Intactbleiben der motorischen Stirnlappen gegenüber der secundären Atrophie der übrigen Rindenbezirke zu Grunde liegt. Sie entwickelt sich immer in den jugendlichen Jahren, hat gewöhnlich sexuelle Verirrungen als Gelegenheitsursache und bietet eine verhältnissmäig nicht ungünstige Prognose. Dies ist besonders für die „katatonische Verrücktheit" auffallend: während sonst fast jede Hoffnung auf Genesung ausgeschlossen ist, so können sich bei Patienten, die neben Verfolgungswahnvorstellungen der bekannten Art Anfälle katatonischer Starre darbieten, oft ganz unerwartete und schnelle Heilungen einstellen. Auch die periodischen und circulären Erregungs- oder Depressionszustände gewähren unter gewöhnlichen Verhältnissen bekanntlich eine sehr ungünstige Aussicht; auf katatoner Grundlage entstanden gestatten sie aber eine wohlberechtigte Hoffnung, dass nach mehren Anfällen doch noch eine dauernde Genesung eintritt.

Die Einzelheiten müssen natürlich in der Schilderung des Verf. nachgelesen werden. Hoffentlich wird sich die Katatonie dadurch allgemeinere Anerkennung erwerben, als es bisher in Deutschland geschehen ist. Es scheint übrigens diese Krankheit in den baltischen Küstenländern thatsächlich häufiger zur Beobachtung zu kommen, als im südlichen und westlichen Deutschland, ähnlich wie ja auch für die Paralyse, die überhaupt der Katatonie in vielen Beziehungen nahe steht, bedeutende Unterschiede in der regionären Frequenz in verschiedenen Ländern nachgewiesen sind, die wohl nicht allein auf die Unsicherheit der Diagnose zurückgeführt werden können.

Sommer.

Therapie.

16) Zur Behandlung der Nahrungsverweigerung bei Irren von F. Siemens. (Arch. f. Psych. u. Nerv. XIV. H. 3 und XV. H. 1.)

S. fordert die gänzliche Abschaffung der Sondenfütterung bei der freiwilligen Nahrungsenthaltung der Geisteskranken; die Unterlassung der Zwangsfütterung ist für ihn ein Postulat der No-restraint-Behandlung. Nach seinen Ausführungen sind die aus der Abstinenz hervorgehenden Gefahren für den Kranken nicht so gross, als die Meisten annehmen. Die Abstinenz ist in den allermeisten Fällen begründet durch Störungen der Innervation und des Stoffwechsels dieser Patienten; sie ist daher nichts als ein Symptom krankhafter körperlicher Zustände. In solchen Zuständen wird dem geistig Gesunden keine Nahrung mit Gewalt aufgedrängt, ebenso wenig ist ein derartiges Verfahren bei dem Irren berechtigt. Bei Letzterem kommt hinzu, dass der meist retardirte Stoffwechsel dem Körper die Fähigkeit gewährt, mit sehr Wenigem auszukommen.

Die gewaltsame Fütterung ist daher bei diesen Kranken unphysiologisch und schädlich. Gefährlich ist sie durch die Möglichkeit, dass innere Verletzungen mit der Sonde erzeugt werden und Schluckpneumonien auftreten.

Was das freiwillige Hungern aus rein psychischer Ursache (in Folge von Wahnideen) betrifft, so ist hier — das Fehlen körperlicher Krankheit vorausgesetzt — die Prognose nicht schlecht, so lange das Fasten nicht über 14 Tage ohne Wasser und über 50 Tage mit Wassergenuss ausgedehnt wird und so lange nicht über 40 % des Körpergewichts geschwunden sind. Die älteren und neueren Beobachtungen über Inanition unterstützen diese Grundsätze durchaus. — Aus der Symptomatologie des Hungerzustandes ist bemerkenswerth der eigenthümliche Foetor ex ore der Hungernden; diesen selben Geruch zeigt auch der Harn, welcher die in neuerer Zeit so viel besprochene Reaction (Rothfärbung durch Eisenchlorid) giebt.

Die beste Therapie besteht, wie S. ausführt, darin, die Kranken unausgesetzt auf die freiwillige Nahrungsaufnahme hinzulenken und ihnen jederzeit die Mittel nahezurücken, ihr Nahrungsbedürfniss, sobald es sich regt, zu befriedigen. Die Sonde ist reservirt ausschliesslich für Lähmungs- und Bewusstlosigkeits-Zustände von längerer Dauer; sie ist auch da meist entbehrlich, da derartige Anfälle (bei Paralytischen, Epileptischen, Hysterischen etc.) nicht von langer Dauer zu sein pflegen.

Eine Reihe von Krankengeschichten soll das Gesagte illustriren. Es sind nicht nur Fälle von ohne Schaden ertragener längerer Abstinenz (33 Tage und mehr), sondern auch solche, durch welche das herabgesetzte Nahrungsbedürfniss gewisser Kranker bewiesen wird, endlich auch solche, in denen trotz aller Ernährungskünste die Kranken zu Grunde gingen, weil ihre Organe die Fähigkeit, zu assimiliren und sich zu regeneriren, verloren hatten. M.

---

17) Verlauf eines Falles von Tetanus traumaticus unter Curare-Einspritzungen von Gontermann. (Berl. klin. W. 1883. Nr. 44.)

Bei einem schweren Fall von Trismus und Tetanus, der sich 15 Tage nach einer Kopfverletzung bei einem $4^1/_2$jährigen Knaben eingestellt hatte, war Chloral erfolglos geblieben. Es wurde Curare in frischer, an Thieren erprobter Lösung in Einzeldosen von 0,25—0,75 einer 2 % Solution subcutan angewandt. Nach der ersten Injection trat heftiger Opisthotonus mit den bedenklichsten Respirationsstörungen auf; diese Anfälle liessen bei den späteren Einspritzungen nach und nahm der Tetanus rasch ab. Es trat völlige Genesung ein. Tuczek.

---

18) **Cas de guérison d'hallucinations unilatérales d'oule de cause externe** par Mabille. (Annales médico-psychologiques. 1883. Novembre. p. 412.)

Eine Frau erkrankte nach drei anstrengenden und in kurzen Intervallen erfolgenden Geburten an hypochondrischer Melancholie mit Apathie, in deren Verlauf der Eintritt der Menstruation Selbstmorddrang mit sich brachte. Im rechten Ohre werden beständige Hallucinationen, welche seit 15 Monaten totale Schlaflosigkeit hervorriefen, verspürt. Nach dem Eintritt in das Asyl von Lafond werden laue Ausspritzungen des rechten Ohres verordnet, welche schon am zweiten Tage der Cur einen harten Cerumenpfropf, in dessen Innerem ein Getreidekorn eingebettet war, loslösten. Nach Entfernung des Fremdkörpers blieben die Hallucinationen sofort aus, die Kranke konnte von diesem Moment an schlafen und genas nach Betheiligung der leichten katarrhalischen Affection, welche Gehörgang und Trommelfell darboten. Jehn.

---

19) **Mittheilungen aus der Praxis** von Dr. Küpper in Elberfeld. (Archiv für Ohrenheilkunde. XX. 3. S. 167.)

Verf. theilt 2 sehr interessante Beobachtungen mit, welche die Beziehungen zwischen Erkrankungen des Gehörorgans und nervösen Symptomen illustriren. In dem ersten Falle handelte es sich um ein 18jähriges Mädchen mit acuter eitriger Paukenhöhlenentzündung, welches sich wegen Zahnschmerzen ein Stückchen von einer Wurzel in das kranke Ohr gesteckt hatte. Seitdem bestanden epileptische Krämpfe, und zwar waren dieselben äusserst heftig und traten oft täglich, auch mehrere Mal an einem Tage, oder in Zwischenräumen von mehrern Tagen auf. Die Untersuchung zeigte den Fremdkörper von polypösen Granulationen umwuchert. Durch Entfernung des Wurzelstückchens und eine rationelle Behandlung des Ohrenleidens gelang es, auch die Krämpfe dauernd zu beseitigen, wie eine Nachbeobachtung von $1^1/_2$ Jahren ergab.

Der zweite Fall betraf eine 76jährige Dame, welche plötzlich ohne bekannte Veranlassung mit Gehirnerscheinungen erkrankte. Heftiger Kopfschmerz und Schwindel treten auf, ferner Erbrechen und Krämpfe, die letzteren namentlich an den Muskeln des Gesichts und der Extremitäten. Temperatur und Pulsfrequenz waren normal. Bei der Untersuchung erwiesen sich alle Organe als gesund, nur in dem schmerzenden rechten Ohre stak ein obstruirender Epidermispfropf. Der Versuch, denselben sogleich durch Ausspritzungen zu entfernen, gelang nicht; im Gegentheil entstand dabei starker Schwindel, Erbrechen und ein heftiger Krampfanfall und diese Störungen dauerten auch noch bis zum folgenden Morgen an, so dass die Kranke nicht im Stande war, die geringste Nahrung bei sich zu behalten. Es wurden daher zunächst erweichende Einträufelungen gemacht, alsdann ausgespritzt und der Pfropf nun mit Leichtigkeit entfernt. Damit waren auch alle die bedrohlichen Krankheitserscheinungen verschwunden; die Untersuchung des Ohres ergab eine Verwachsung des Trommelfells mit der inneren Paukenhöhlenwand. Blau.

Forensische Psychiatrie.

20) **The simulation of insanity by the insane** by C. H. Hughes. (The Alienist and Neurologist. 1883. Juli. p. 355.)

Eine recht ausführliche Arbeit, die aber für den Psychiater von Fach nichts wesentlich Neues enthält. Dass ein Geisteskranker oft genug logisch redet und handelt, und daher für längere oder kürzere Zeit den Glauben erwecken kann, er sei geistesgesund, ist allgemein bekannt; sein Thun wird häufig ebenso wie das des normalen Menschen, durch den Gedanken an seinen persönlichen Vortheil oder Nachtheil beeinflusst. Die Motive eines Irren können völlig übereinstimmen mit denen eines Gesunden. Irre sind daher wohl im Stande, ihr ganzes Auftreten so einzurichten, wie es ihnen für ihren persönlichen Vortheil empfehlenswerth zu sein scheint, und

es wird daher auch nicht auffallen dürfen, wenn gelegentlich ein Irrer specielle Zustände geistiger Alienation simulirt, sobald er sich einen besonderen Nutzen davon verspricht. So wird wohl jede Anstalt leider einen oder mehrere „Narren" bewahren, der sich durch absichtliche Production möglichst barocker Reden und Thaten aufdrängt, wenn er die Bemerkung gemacht hat, dass er dadurch von zufälligen Besuchern oder gar von unerfahrenen Anstaltsbeamten besondere Berücksichtigung oder Bevorzugung erlangt. Auch ist es durchaus nicht so selten, dass Irre, die wegen ihrer erwiesenen Harmlosigkeit oder Unheilbarkeit entlassen, und damit (leider häufig genug) den trostlosen Verhältnissen ihrer Heimath zurückgegeben werden sollen, künstliche Erregungszustände simuliren, um ihren Aufenthalt in dem geordneten Leben der Anstalt zu verlängern, oder was noch häufiger, um schnell dahin zurückgebracht zu werden. Endlich sind Fälle constatirt, in denen Geisteskranke, die irgend eine strafbare Handlung begangen haben, es versuchen, sich ebenso wie geistig gesunde Verbrecher, durch Simulation einer speciellen Form von Geistesstörung Straflosigkeit zu sichern, da sie ja ihre de facto bereits bestehende Unzurechnungsfähigkeit (in Folge ihrer wirklichen Psychose) nicht anerkennen können.

Für die forense Medicin sind mehrere der im Original mitgetheilten Beobachtungen von Interesse und mögen daselbst nachgelesen werden. Sommer.

III. Aus den Gesellschaften.

Aus der Berliner physiologischen Gesellschaft. Sitzung vom 1. Febr. 1883.

Moeli: **Ueber Degeneration in der Hirnrinde nach Zerstörung der Faserung der Capsula interna.**

Vortr. hat ausgewachsenen Meerschweinchen die der Capsula interna der höheren Thiere entsprechende Faserung an der Aussenseite des Thalamus opticus (unter Mitverletzung des letzteren) zerstört. Er sah darnach körnigen Zerfall eines Theiles der von der Markleiste dieser Hemisphäre in die Rinde aufsteigenden Fasern bis weit in das Stirnhirn hinein. Der untere Theil der Markleiste, die Balkenfaserung, zeigte nicht diesen körnigen Zerfall, ebenso war ein Theil des feinen Nervenfasernetzes der Rinde erhalten. Es lassen sich so in die Hirnrinde aufsteigende Fasern direct zur Anschauung bringen, wie dies M. schon vor einiger Zeit nach Durchschneidung am Fusse des Stabkranzes (Jahrgang 1883, S. 334) bei Meerschweinchen sah.

Von den Ganglienzellen der Rinde bleiben die rundlichen und schwanzförmigen, deren Körper sich nur ganz blass färbt, auf der operirten Seite ganz intact. Dagegen verschwinden von den sich mit Carmin und Nigrosin im Ganzen und intensiv färbenden Zellen einmal die den Pyramidenzellen der höheren Thiere ähnlichen, in der mittleren Schicht der Rinde liegenden, zum grössten Theile. Abgenommen haben weiterhin die kleineren, nahe der Markleiste sich hinziehenden Zellen. Eine einfache traumatische Degeneration dieser Körper anzunehmen liegt kein Grund vor. Es sind nur Zellen von bestimmter Form und Eigenschaft auf eine grössere Entfernung von der Eingriffsstelle hin verändert, während die sehr grosse Mehrzahl der Ganglienzellen der Rinde, sowie die viel näher an der Eingriffsstelle gelegenen Zellen des Thalamus opticus ganz unverändert bleiben. Dieselbe Anschauung gilt für den Theil der Faserung der Grosshirnrinde, welcher eine körnige Degeneration erfahren hat.

Es erscheint vielmehr der Schluss zulässig, dass diese bestimmten Zellarten in näherer Beziehung zu den durchschnittenen Fasern stehen, also, da die Pyramidenbahn des Meerschweinchens von nur geringem Umfange ist, wohl hauptsächlich zu der Faserung des Thalamus. Ob die zu Grunde gegangenen grösseren Zellen den Pyramidenzellen der höheren Thiere mit welchen sie die grösste Aehnlichkeit haben, gleich zu achten sind, lässt Vortr. dahingestellt. M.

Société de Thérapeutique zu Paris. Séance 12. Fév. 1884. (Progrès méd. 16. Fév. 1884.)

Dujardin Beaumetz macht auf den Antagonismus zwischen Paraldehyd und Strychnin aufmerksam. Bei Kaninchen konnte er 25mal die tödtliche Dosis von Strychnin geben, wenn er vorher Paraldehyd gegeben hatte: es entstanden nur einige wenig intensive Convulsionen. Es entspricht dies dem Antagonismus zwischen Strychnin und Alcohol (Luton, vorher Morroy), und der von Cl. Bernard hervorgehobenen Thatsache, dass ein ätherisirtes Thier ohne Gefahr starke Dosen von Strychnin vertrug, und erst Intoxicationserscheinungen zeigte, wenn der Schlaf aufhörte. Blondeau warnt davor, die Erfahrung bei Kaninchen direct auf den Menschen zu übertragen.

Den Antagonismus zwischen Paraldehyd und Strychnin hat bereits Cervello in den Arch. ital. de Biologie. 1883. IV. 39—45 in ausführlicher Weise und mit ähnlichen Resultaten, wie Dujardin Beaumetz behandelt. **M.**

Pathological and clinical Society. Sitzung vom 21. Jan. 1884. Vorsitzender M'Call Anderson. (Glasgow med. Journal. 1884. Febr. p. 139.)

Wm. Gibb Dun demonstrirt eine **Encephalocele occipitalis** bei einem Fötus im 7. oder 8. Monat (ob lebend geboren, ist zweifelhaft); der Tumor hat die doppelte Grösse des fötalen Kopfes; sein Contentum bildet der grössere Theil der Hirnmasse, von den Hirnhäuten und der verdünnten und ausgedehnten Schädelhaut überdeckt. Der Fötus im Ganzen klein, jedoch im Uebrigen völlig normal gebildet.

Macewen stellt eine Patientin vor, bei welcher wegen einer Hemiplegia sinistra zur **Trepanation** geschritten und durch die Operation eine grössere Freiheit in den Bewegungen herbeigeführt wurde. — Die Lähmung, wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs, war in Zeit von 6 Wochen allmählich entstanden; ausser den linksseitigen Extremitäten war auch die linke Gesichtshälfte paretisch, daneben bestanden geistige Schwäche und Gedächtnissverlust. Antisyphilitische Behandlung ohne Erfolg. Die Trepanation wurde „über der Mitte der vorderen und hinteren Centralwindung" ausgeführt, die Lamina interna fand sich dabei etwas verdickt, mit kleinen Rauhigkeiten an ihrer inneren Fläche. Eine zweite Oeffnung wurde „über der Occipitalgegend" gemacht und auch hier die gleiche Beschaffenheit der Lamina interna, sowie ausserdem etwas Verdickung der Dura und eine gelbliche Pseudomembran von $^1/_{16}$ Zoll Dicke constatirt. Bei einem Einschnitt in's Gehirn „in der Richtung des Lobulus paracentralis" entleerten sich ungefähr 2 Drachmen einer rothgefärbten grumösen Flüssigkeit, nach deren Austritt die vorher nicht sichtbare Hirnpulsation erst, obwohl sehr schwach, erschienen. — Am 3. Tage nach der Operation konnte Patientin die Zehen bewegen, nach einer Woche das Bein erheben und sich im Bette herumdrehen, auch die Finger bewegen; psychische Functionen, Gedächtniss etc. erfuhren ebenfalls eine merkliche Besserung. Bei der Vorstellung vermochte Pat. frei zu gehen und den Arm bis zur Horizontalen zu erheben, sowie auch kräftig zu greifen.

A. Eulenburg.

IV. Bibliographie.

Insanity, its classification, diagnosis and treatement. A manual for students and practitioners of medicine by E. C. Spitzka. (New-York 1883. 415 S.)

Die Menge der Lehr- und Handbücher der Psychiatrie, welche uns die deutsche Literatur in den letzten Jahren geschenkt und deren Fülle, wie es scheint, auch jetzt noch nicht erschöpft ist, wird es gewiss rechtfertigen, wenn in der Besprechung dieser und der gleichfalls zahlreichen fremdländischen Lehrbücher eine gewisse Be-

schränkung eingehalten wird; denn wenn es auch in gewisser Richtung von Vortheil sein mag (wie dies von anderer Seite betont worden), zu sehen, wie sich das gesammte thatsächliche Material in verschiedenen Köpfen wiederspiegelt, so muss sich doch jetzt Jedem die Ueberzeugung aufdrängen, dass auch die Originalität der Anschauungen allmählich erschöpft wird und es sich fürderhin nur um mehr oder weniger geschickte Detailanordnung des Stoffes handeln kann; womit natürlich die Möglichkeit und das Wünschenswerthe, die klinischen Anschauungen einer oder der anderen bisher nicht vertretenen Schulen in geschlossener Form zu vermehren, nicht ausgeschlossen sein sollen.

Auch das vorliegende Lehrbuch könnte für fremdländische Verhältnisse unberücksichtigt bleiben, wenn es nicht ein gewisses Interesse darböte um desswillen, dass es das erste amerikanische Werk ist, das seit Rush also seit etwa einem Jahrhundert die Psychiatrie zusammenfassend behandelt.

Spitzka hat aber europäische Schule genossen und speciell die deutsche Literatur in hervorragendem Maasse benutzt (freilich nicht immer in ihrem Besten, sodass manche der Dunkelheiten derselben auch auf ihn übergegangen sind); von dieser Basis bekämpft er zahlreiche specifisch-amerikanische Anschauungen, was dem Buche für denjenigen, der nicht die zahlreichen offenen und versteckten Polemiken der verschiedenen amerikanischen Fachjournale kennt, einen unangenehmen Beigeschmack verleiht, und gewiss nicht im didactischen Interesse gelegen ist.

Das Ziel, das sich Sp. gesetzt, ist ein bescheidenes, er will sein Buch nur als Einleitung zu eingehenderen psychiatrischen Studien angesehen wissen; nach unseren deutschen Begriffen dürften 400 Seiten Theorie für den Nicht-Fachmann überhaupt den durchschnittlichen Ansprüchen genügen.

Der erwähnte Umstand, sowie die von Sp. selbst hervorgehobene Thatsache, dass er einzelne Kapitel in früheren Aufsätzen selbstständig behandelt hat, haben es wohl verschuldet, dass einzelne Abschnitte mehr den Charakter des Journalaufsatzes tragen, wozu noch der oben erwähnte polemisirende Ton das Seinige beiträgt; denselben Gründen, sowie dem Umstande, dass, wie Sp. mittheilt, er an einem grösseren systematischen Werke über denselben Gegenstand arbeitet, ist es auch zuzuschreiben, dass die Citate Unwesentliches anführen, während die grundlegenden Arbeiten nicht genauer citirt sind, was bei aller Beschränkung vom didactischen Standpunkte aus entschieden nothwendig erscheint.

Gehen wir nun auf den eigentlichen Inhalt des Werkes ein, so finden wir dasselbe in 3 Abschnitte getheilt; der 1. befasst sich mit der allgemeinen Pathologie und Eintheilung der Psychosen; der 2. behandelt die specielle Pathologie; im 3. finden sich eine Anzahl von Fragen der psychiatrischen Praxis zum Theil sehr eingehend behandelt.

In eine detaillirte Kritik kann hier nicht eingegangen werden, es muss vielmehr genügen, wenn wir Einzelnes herausheben.

In der Classification lehnt sich Sp. an v. Krafft-Ebing, ohne dass jedoch dessen Eintheilung durch die Verbesserungen Spitzka's etwas gewonnen hätte; so werden Katatonie und Mania transitoria als gleichwerthige Genera neben Melancholie und Manie hingestellt.

In den klinischen Schilderungen des speciellen Theiles schliesst sich Sp. an die bekannten Darstellungen an; wir haben schon früher erwähnt, dass ihm vielfach deutsche Arbeiten zur Vorlage gedient, deshalb halten wir uns für verpflichtet, hervorzuheben, dass dabei manches Missverständniss unterläuft; so spricht er von der „primären Verrücktheit mit Wahnideen" der Deutschen, für welche er die Bezeichnung Monomania vorschlägt; und in demselben Gedankengange will er die Manie raisonnante der Franzosen Monomania sine delirio nennen, da diese Form zur Monomania (Verrücktheit) in demselben Verhältniss stehe, wie die Melancholia sine delirio zur Melancholie mit Wahnideen. Dieses und noch manches Andere, so die Kritik

von Westphal's acuter hallucinatorischer Verrücktheit, wie Darstellungen der Beziehungen der sogenannten abortiven Verrücktheit zur Verrücktheit muss gegen Sp. als Interpreten deutscher Psychiatrie vorsichtig machen.

Am besten gelungen sind wohl die Kapitel, in welchen die pathologische Anatomie in Frage kommt, also z. B. die Paralyse; ein gewisses Verdienst liegt auch in der Bekämpfung zahlreicher speciell in Amerika verbreiteter pathologisch-anatomischer Anschauungen, die auf der Deutung mikroskopischer, durch schlechte Härtungsmethoden erzeugter Kunstproducte beruhen.

Der 3. Abschnitt behandelt eine Reihe praktischer Fragen; so das Examen Geisteskranker, die Simulation, die Behandlung etc. Dieselben sind ziemlich ungleich ausgefallen; eigenthümlicher Weise findet sich auch die Aetiologie hier und nicht im 1. Abschnitte abgehandelt.

Ueberblicken wir das ganze Buch und sehen wir von den oben erwähnten Einzelheiten ab, so muss man, wenn man dasselbe gegen die Anschauungen hält, wie sie sich vielfach in den amerikanischen Fachjournalen finden, gestehen, dass sich in demselben ein wesentlicher Fortschritt ausprägt; nach einer gewissen Abklärung der Anschauungen dürfen wir von dem versprochenen neuen Werke weiteren Fortschritt erwarten. **A. Pick.**

V. Vermischtes.

Eine eigenthümliche Erklärung für die Entstehung der Puerperalpsychosen haben sich nach E. Metzger (Globus. 1883. Bd. XLIV. S. 301) die Javanesen gebildet. „Frauen, die mit schwerer Sünde auf dem Herzen während der Gravidität oder bei der Entbindung gestorben sind, können nach dem Tode nicht zur Ruhe kommen und suchen, da sie von Natur böse sind, auf Kosten Anderer sich das Mutterglück zu verschaffen, das sie selbst nicht geniessen sollten. Ihre spukende Seele (Kuntianak genannt) sucht daher in eine kreisende zu fahren, um an ihrer Stelle die Mutterfreuden zu empfinden, und die besessene Frau wird in Folge dessen wahnsinnig. Ein Haus, in dem eine Entbindung bevorsteht, wird daher sorgfältigst bewacht, um jeden Eindringling fern zu halten.“ Vielleicht schützt diese Aufsicht thatsächlich öfters vor einer plötzlichen Gemüthserschütterung, die sonst zum Ausbruch einer Psychose hätte Veranlassung werden können. **Sommer.**

Die für das Irrengesetz eingesetzte Commission des französischen Senats hat beschlossen, dass der Gerichtshof, der einen Angeschuldigten wegen Unzurechnungsfähigkeit freispricht, befugt ist, unverzüglich über die Aufnahme desselben in ein Irrenhaus zu entscheiden. In Deutschland ist es dem Ermessen der Polizei bisher überlassen; ja in manchen Fällen erfährt dieselbe überhaupt nichts von der Entlassung des gemeingefährlichen Kranken aus der Haft nach seiner Freisprechung. Eine Resolution des Reichstages bei Beschlussfassung über den § 51 des norddeutschen, später deutschen Strafgesetzbuches, die nach derselben Richtung hin sich bewegte, ist von dem Bundesrath nicht berücksichtigt worden. Laehr macht in der Versammlung der deutschen Irrenärzte zu Eisenach 1882 auf die möglichen Inconvenienzen des bisherigen Verfahrens aufmerksam, und obwohl er seinen Antrag zurückzog, wird man doch wohl wieder darauf zurückkommen müssen. **M.**

Der III. Congress für innere Medicin, der vom 21.—24. April in Berlin abgehalten werden soll, wird von neurologischen Gegenständen behandeln:

1. Poliomyelitis und Neuritis. Referent: Herr Leyden. Correferent: Herr Schultze, Heidelberg.
2. Nervöse Dyspepsie. Referent: Herr Leube. Correferent: Herr Ewald.
3. Ueber die Reflexe: Herr Rosenthal, Erlangen.
4. Ueber die Lokalisation der Functionen des Grosshirns: Herr Goltz.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 1. April. No. 7.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** Ueber progressive atrophische Lähmungen, ihre centrale oder periphere Natur von **C. Eisenlohr.**

II. Referate. Anatomie. 1. Varietà delle circonvoluzioni cerebrali nei pazzi del **Poggi.** 2. Sella fina anatomia degli organi centrali del sistema nervoso del **Golgi.** 3. Färbungsmethoden des Centralnervensystems von **Weigert, Adamkiewicz** und **Sahli.** — Experimentelle Physiologie. 4. Experimente an den Ohren von Fischen mit Rücksicht auf den Gleichgewichtssinn von **Sewall.** 5. Function der Gehörschnecke von **Baginsky.** — Pathologische Anatomie. 6. Recent and old case of infantile palsy by **Money.** 7. Il peso del cervello negli alienati von **Amadei.** — Pathologie des Nervensystems. 8. Zur Casuistik der Kleinhirnsklerose von **Sommer.** 9. Recherches anatomo-cliniques sur les scléroses bilatérales de la moëlle épinière consécutives à des lésions unilatérales du cerveau par **Pitres.** 10. Ueber sog. spastische Spinalparalyse mit anatomischem Befund etc. von **Westphal.** 11. Étude d'un cas de fausse sclérose systématique combinée de la moëlle par **Ballet** et **Minor.** 12. Herdförmige Sklerose nach Diphterie von **Stadthagen.** 13. Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Neuritis und des Herpes Zoster von **Curschmann u. Eisenlohr.** 14. Zur Lehre der sensorischen Anästhesien von **Oppenheim.** — Psychiatrie. 15. L'alcoolisme en Pologne par **Rothe.** 16. La folie, l'alcoolisme et le suicide dans l'armée francaise par **Marvaud.** 17. Der Alcoholismus in St. Petersburg von **Nicolajeff.** 18. Der Einfluss des Alcoholmissbrauchs auf psychische Störungen von **Pilkowsky.** 19. Ein Fall von periodischem Wechsel der Haarfarbe von **Reinhard.** — Therapie. 20. Die Dehnung des Rückenmarks von **Hegar.** 21. On nerve-stretching for the relief or cure of pain by **Marshall.** 22. Chorea minor, Arsenbehandlung, Herpes Zoster von **Böckal.**

III. Aus den Gesellschaften.

IV. Personalien.

V. Vermischtes.

I. Originalmittheilungen.

Ueber progressive atrophische Lähmungen, ihre centrale oder periphere Natur.

Von Dr. **C. Eisenlohr** in Hamburg.

Die Frage nach der anatomischen Localisation gewisser Formen acuter resp. subacuter, über zahlreiche Nervengebiete sich ausbreitender und mit Muskelatrophie einhergehender Lähmungen ist in ein Stadium erneuter lebhafter Discussion getreten, seit man durch die mikroskopischen Befunde gezwungen den peripheren Veränderungen ein mehr als secundäres Interesse eingeräumt hat.

Die Krankheitsgruppe der multiplen degenerativen Neuritis hat sich bereits Selbstständigkeit in der Pathologie erobert und die Unbefangenheit, mit der man vor Kurzem noch fast bei jeder verbreiteten atrophischen Lähmung das deckende diagnostische Schlagwort Poliomyelitis anterior aussprach, hat einer Skepsis in Bezug auf die Schuld der vorderen grauen Substanz des Rückenmarks im Einzelfall Platz gemacht, über die wir selbst nur erfreut sein können, da wir unter den Ersten die Allgemeingültigkeit des Glaubens an die Poliomyelitis anterior zu erschüttern versucht haben.

Heutzutage ist sogar eine Mahnung in entgegengesetzter Richtung nicht überflüssig, da man bereits geneigt ist, das Kind mit dem Bade auszuschütten. Wir haben die scharfsinnigen Betrachtungen Erb's in Nr. 21 (1883) dieses Centralblattes daher in ihrer vollen Bedeutung gewürdigt. An der logischen Folgerichtigkeit der von Erb ausgesprochenen Zweifel und Möglichkeiten ändern natürlich noch so viele neue zu Gunsten der peripheren Natur der betreffenden Affectionen in's Feld geführte anatomische Nachweise nicht das Geringste, so auch nicht die beiden kürzlich erschienenen Publicationen von Müller[1] und Vierordt.[2]

Obgleich ja nun auch die Erb'schen Schlussfolgerungen eine directe anatomische Bestätigung ihrer Natur nach nicht erfordern noch zulassen, finde ich doch für bestimmte Punkte seiner Ausführungen einen anatomischen Beweis in dem Resultat der Untersuchung eines Falles, der mich in der letzten Zeit beschäftigte. Als einen solchen Punkt betrachte ich Erb's Muthmaassung, dass ausser völliger Zerstörung oder Lostrennung der „trophischen" Centren von ihrer Wirkungssphäre noch andere Formen der Erkrankung vorkommen, verschieden an Intensität und Qualität. Dass ferner eine Herabsetzung der vitalen Energie der trophischen Centren sich zunächst und in den ersten Stadien allein bemerklich machen kann an den entferntesten Punkten des von ihnen beherrschten Gebietes, dass also aus centraler Ursache Muskelnerven und Muskeln intensiv erkranken können, während an vorderen Wurzeln und grossen Nervenstämmen Nichts von Degeneration nachweisbar zu sein braucht. Indem ich mich in dieser Richtung Erb vollkommen anschliesse und durch den folgenden Befund eine gewisse Stütze seiner Beweisführung beizubringen hoffe, kann ich doch einige Einwendungen nicht unterdrücken, die auf die Fälle sich beziehen, wo man eben anatomisch in den Centralorganen Nichts findet.

Zunächst scheint mir der rein degenerative Charakter der Veränderungen in den peripheren Nerven und Muskeln, der in einer Reihe von Fällen constatirt ist und der Erb veranlasst, eine principielle Trennung solcher Fälle „neurotischer Atrophie" von den Fällen echter Neuritis mit entzündlichen Veränderungen im Bindegewebe etc. vorzunehmen, doch nicht so stringent gegen die primäre Natur dieser Veränderungen zu sprechen. Ich halte die Möglichkeit solcher primär degenerativer Erkrankungen am peripheren

[1] Müller, Ein Fall von multipler Neuritis.

[2] Vierordt, Beitrag zum Studium der multiplen degenerativen Neuritis. Archiv für Psych. etc. 1883. Bd. XIV. H. 3.

Nervenapparat für keineswegs fernliegend und nicht schwerer begreiflich, als das Vorkommen degenerativer Strangerkrankungen des Rückenmarks.

Ferner sehe ich nicht ein, warum eine äussere oder im Blutstrom kreisende Noxe nicht ebensogut auf die peripheren nervösen Organe wirken soll, als auf die centralen. Analogien bezüglich Einwirkung toxischer Substanzen sind doch in diesem Sinne ebensogut vorhanden, als in jenem.

Nach diesen Einwendungen, die in vollem Bewusstsein der Erb'schen Schlussbemerkung gemacht sind, „dass er keineswegs die centrale Natur der jetzt unter dem Namen der degenerativen Neuritis cursirenden Krankheitsformen bewiesen haben wolle", gehe ich zur Mittheilung meiner Beobachtung über. Ich verdanke die Kenntniss des Falles und das Untersuchungsmaterial der Güte des Herrn Dr. Gläser, Oberarztes am allgemeinen Krankenhause, auf dessen Abtheilung der betreffende Kranke sich befand.

Es handelte sich um einen 23jährigen Handlungsreisenden, der wenige Wochen vor seiner Aufnahme (9. Mai 1883) mit Appetitmangel, Husten mit spärlichem Auswurf erkrankt, seit wenigen Tagen erst bettlägerig war. Doch bestand bereits eine grosse Hinfälligkeit und eine Anschwellung der Füsse bei im Allgemeinen noch guter Ernährung.

RVO am Thorax ergab die physikalische Untersuchung geringe Schalldämpfung, L die Zeichen eines pleuritischen Exsudats, das bis zur halben Höhe der Scapula reichte. Das Herz leicht nach rechts verschoben, sonst normal. Kein Ascites nachweisbar. Urin eiweissfrei.

Die erste Zeit des Krankheitsverlaufs war gekennzeichnet durch ein continuirliches, in Bezug auf die Höhe der Temperaturen aber sehr mässiges Fieber (selten über 38,5), geringe subjective Beschwerden, wenig Husten, sehr geringen Auswurf; aber auf der andern Seite durch eine auffallend rasche Kräfteabnahme und Mattigkeit.

Am 18. Mai trat plötzlich eine Incontinentia alvi ein, die aber nur 2 Tage bestand und dann wieder normalem Verhalten Platz machte. Dagegen begann vom 20. Mai ab eine rasch zunehmende Lähmung der unteren Extremitäten sich einzustellen, die schon am 26. nahezu vollständig geworden war und mit einer ebenfalls rapid fortschreitenden Abmagerung der Muskeln sich verband. Subjective Sensibilitätsstörungen, Schmerzen fehlten vollkommen, die objective Prüfung der Sensibilität ergab (am 26.) nur eine leichte Herabsetzung des Localisationsvermögens; Druck- und Temperatursinn normal. Die Patellarreflexe erloschen, Plantarreflexe (auf Kitzeln) erhalten.

In den ersten Tagen des Juni gab Pat. Parästhesien (Kribbeln) in den Fingerspitzen und Schwäche in den oberen Extremitäten an.

Schon am 8. Juni zeigt sich, dass die rohe Kraft der oberen Extremitäten wesentlich beeinträchtigt ist, ja einzelne Muskelgruppen sind schon gelähmt, so die Strecker des linken Handgelenks. Ferner constatirt man eine Störung der Respiration, indem das Zwerchfell bei der Inspiration sich nicht contrahirt, das Epigastrium eingezogen wird.

Am 14. Juni notirte ich folgenden Status.

Ausgesprochene Atrophie zahlreicher Muskeln der Extremitäten; an den oberen Extremitäten besonders abgemagert: Brachialis intern., Supinator longus, Extensor digitor und carpi, lange Muskeln des Daumens; mässig abgemagert: Triceps, Deltoideus, in geringem Grade Biceps und Muskeln der Beugeseite des Vorderarms; gar nicht: kleine Handmuskeln rechts; links geringe Abmagerung des Thenar und einzelner Interossei.

An den unteren Extremitäten beiderseits in nahezu gleichem Verhältniss sehr stark abgemagert: Quadriceps femoris, Adductoren, sämmtliche Muskeln des Unterschenkels, sowohl im Tibialis-, als im Peroneus-Gebiet, weniger, aber doch deutlich die Flexor. cruris. Der Glutaeus max. dext. wesentlich mehr atrophisch als der linke.

Rückenmuskeln in geringem Grade abgemagert.

Die Motilität der oberen Extremitäten wesentlich beeinträchtigt; einzelne Muskeln ziemlich complet functionsunfähig, so der Brachialis intern. und Supinator longus beiderseits, die Strecker der Hände und Finger, die Pronatoren und Supinatoren links. Andere in ihrer Kraft mehr oder weniger stark beeinträchtigt, so die Schultermuskeln, der Triceps brachii, der Abductor long. pollic. Der Biceps contrahirt sich beiderseits relativ gut. Sämmtliche Muskeln schlaff und welk, keine Spur von Spasmen oder Contracturen. Keine fibrillären Zuckungen. Druck auf die Muskeln ruft nirgends Schmerz, sondern nur ein eigenthümliches abnormes Gefühl hervor.

Die Motilität der unteren Extremitäten beschränkt sich auf einige schwache Bewegungen im Knie- und Hüftgelenk, dagegen ist die Bewegung in den Fussgelenken = 0, das Heben der Beine nicht möglich, auch die Streckung der Unterschenkel äusserst schwach. Auch hier alle Gelenke schlaff, keine Spur von Contracturen. Auch die Musculatur der unteren Extremitäten nicht druckempfindlich.

Die Bauchmusculatur ebenfalls schwach. — Zwerchfellslähmung.

Die faradische Erregbarkeit ist in nahezu sämmtlichen Muskeln der unteren Extremitäten vollkommen erloschen — sowohl vom Nerven als vom Muskel aus; nur in den Glutaeis beiderseits erhaltene, aber herabgesetzte faradische Reaction. Die galvanische Erregbarkeit vom Nerven aus ebenfalls beiderseits in allen Nervengebieten aufgehoben.

Dagegen in sämmtlichen Muskeln bei directer Reizung exquisite Aenderung der Zuckungsformel, AnSZ träge, = oder > KaSZ, herabgesetzt ist die directe Erregbarkeit im M. tibialis anticus, extens. digitor. und Mm. peroneis, sowie in den Wadenmuskeln beiderseits, ebenso im Quadriceps femoris, nicht wesentlich vermindert in den Flexores cruris. Qualitativ normale (rasche) Z nur in den Glutaeis.

In den oberen Extremitäten bot die elektrische Erregbarkeit grössere Variationen.

Die ausgesprochenste Veränderung im Radialis-Gebiet: vom Nerven aus faradisch und galvanisch rechts noch erregbar der Extens. indic. proprius und die langen Daumenmuskeln, links nur der Extensor carpi ulnaris.

Bei directer galvanischer Reizung qualitative Aenderung der Zuckungsform (tetanische Z) in den Extensoren der Hand und Finger beiderseits. Geringe quantitative Herabsetzung für beide Stromesarten in beiden Ulnarisgebieten, stärkere Herabsetzung im Medianusgebiete beiderseits. Fast normale faradische Erregbarkeit in den kleinen Handmuskeln beiderseits bei indirecter und directer Reizung. Bei directer galvanischer Prüfung verhalten sich die rechtsseitigen kleinen Handmuskeln ebenfalls normal; links deutliche qualitative Aenderung im Abduct. und Flexor brevis pollicis und im Abductor digit. III und IV, während im Thenar und Inteross. I und II normale Reaction. In den Mm. deltoidei, tricipit. und bicipites nur geringe quantitative Reactionsanomalien.

Die Sensibilität an den unteren Extremitäten und am Abdomen für schwache Tastempfindungen (Berührungen mit der Fingerkuppe) leicht herabgesetzt. Dagegen wird stärkerer Druck, Kneipen stets gefühlt und richtig localisirt. Spitze der Nadel fast immer als solche empfunden; die schmerzhafte Qualität des Reizes richtig percipirt. Keine Verspätung der Schmerzeindrücke; dagegen öfter an den Füssen leichte schmerzhafte Nachempfindung. Temperaturempfindung an den unteren Extremitäten normal. Keine Herabsetzung der faradocutanen Sensibilität; Pat. ist gegen stärkere faradische Ströme an Extremitäten und Rumpf sogar erheblich empfindlich. Die oberen Extremitäten bieten absolut keine objectiv nachweisbare Störung der Sensibilität dar.

Die Reflexe von der Haut der unteren Extremitäten bei faradischer und galvanischer Hautreizung sehr lebhaft und zahlreich, besonders in der Oberschenkelmusculatur.

Die Patellarreflexe fehlen beiderseits.

Kein Fussphänomen.

Nervenstämme der unteren und oberen Extremitäten nirgends auf Druck schmerzhaft; nirgends Anschwellungen.

Blase und Mastdarm functioniren jetzt ganz normal.

Wirbelsäule nirgends druckempfindlich.

Keine Störung im Gebiet der Hirnnerven. (Ein geringer Strabismus converg. oculi sin. ohne Diplopie ist alten Datums und hat mit der gegenwärtigen Affection nichts zu thun.)

22. Juni. Parese der Hände hat noch zugenommen. An den Füssen stärkeres, an Unter- und Oberschenkeln geringeres Oedem; leichtes Oedem der Hände. Kein Druckschmerz an Muskeln und Nerven; nur eigenthümliches Gefühl bei Druck. Expectoration wesentlich abgeschwächt, die dabei wirkenden Bauchmuskeln contrahiren sich zwar, aber mit erheblich verringerter Energie. Trotzdem und trotz der unveränderten Diaphragmalähmung und der fortschreitenden Lungenaffection hat Pat. bis jetzt auffallenderweise keine Dyspnoë. Einen Tag (18. Juni) wieder vorübergehend unwillkürlicher Urin- und Stuhlabgang.

15. Juli. Zunehmende Erschöpfung. Puls zwischen 100 und 120. Respirationsfrequenz 40—50. Temperatur stets mässig erhöht, — Abends zwischen 38,0 und 39,0. Seit dem 12. Juli treten zeitweilig Abends und in der Nacht

Erstickungsanfälle ein. Die Expectoration äusserst schwierig und mangelhaft. Die Paralyse der oberen Extremitäten hatte im Allgemeinen noch etwas zugenommen, ohne aber complet zu werden.

23. Juli. Die dyspnoischen Attacken häufiger, alle therapeutischen Maassnahmen ohne Erfolg.

Am 24. Juli früh erfolgte der Exitus letalis.

(Schluss folgt.)

II. Referate.

Anatomie.

1) **Varietà delle circonvoluzioni cerebrali nei pazzi** del Poggi. (Rivista sperimentale di freniatria. 1883. IX. 4. p. 403.)

Verf. stellt die an 50 Gehirnen (25 M., 25 W.) von Geisteskranken gefundenen Windungsvarietäten zusammen und vergleicht die statistische Häufigkeit der einzelnen Abweichungen mit den von Giacomini für normale Individuen angegebenen Zahlen. Es ergaben sich dabei eine Anzahl von Differenzpunkten, die Verf. nun als charakteristisch für „Geisteskranke" betrachtet. Dahin gehört unter Anderem die geringere Entwickelung und absteigende Richtung des vorderen Schenkels der Fossa Sylvii, grössere Seltenheit von Anastomosen dieser letzteren mit der Fissura prae- und postrolandica, Verdoppelung der Fissura calcarina, stärkere Ausbildung der Fissura occipito-parietalis externa, grössere Seltenheit der Anastomosen zwischen Centralfurche und den Frontalfurchen u. s. f. Bei der grossen Variabilität dieser Verhältnisse dürfte die geringe Zahl dieser mühseligen Untersuchungen wohl kaum genügen, um derartigen statistischen Ergebnissen schon den Charakter von Thatsachen zu verleihen.

E. Kräpelin.

---

2) **Sella fina anatomia degli organi centrali del sistema nervoso** del Golgi. (Rivista sperimentale di freniatria. 1883. IX. 2 e 3. p. 161; 4. p. 385.)

Diese mit Tafeln sehr reich ausgestatteten Arbeiten des bekannten Histologen behandeln das Ammonshorn, die sog. Nervi Lancisii und den Bulbus olfactorius. Die untersuchten Objecte waren ausser vom Menschen von mehreren Thiergattungen entnommen und nach verschiedenen Methoden, meist aber mit Argentum nitricum, behandelt worden. Das Ammonshorn setzt sich nach Golgi aus zwei Windungen zusammen, der directen umgerollten Fortsetzung des Gyrus Hippocampi (strato grigio circonvoluto) und der den freien Rand derselben umfassenden Fascia dentata, die er aus den grauen Massen der Nervi Lancisii entstehen lässt. Die erstere Windung wird an der Ventrikeloberfläche von dem Alveus überkleidet, der eine Fortsetzung der Markmasse des Gyrus Hippocampi darstellt und in die Fimbria ausläuft. Nach aussen dagegen schiebt sich als Grenzschicht das Stratum circumvolutum die oberflächliche Marklamelle der Substantia reticularis unter dem Namen der „Lamina midollare circonvoluta" ein. Die Pyramiden der Rinde ordnen sich im Stratum convolutum in eine oder wenige Reihen und senden nach innen wie nach aussen zahlreiche verästelte Protoplasmafortsätze. Die Axencylinderfortsätze gehen, nachdem sie einige Aestchen nach aussen gesandt haben, in das Mark des Alveus über. Aus dem Netzwerk dieser letzteren Aestchen geht die umgerollte Marklamelle hervor. Eine ähnliche, aus kleineren Zellen bestehende und umgekehrt angeordnete Schicht findet sich in der Fascia dentata. Die Protoplasmafortsätze laufen hier alle nach der Oberfläche zu, um sich mit den strahlenförmigen Zellen der Neuroglia zu verbinden, während die nach innen

gerichteten Axencylinderfortsätze schliesslich in den Alveus übergehen. Einen eigenen Marktbelag der Fascia dentata erkennt G. nicht an. Auf Grund allgemeiner Erwägungen kommt Verf. zu der Vermuthung, dass die aus einem nervösen Netzwerk hervorgegangenen Fasern der Lamina midollare circonvoluta wohl als sensorische, diejenige des Alveus und der Fimbria dagegen wegen ihres directen Ursprunges aus Zellen als motorische aufzufassen seien.

Die zweite Arbeit weist in den Nervi Lancisii ausser den in die Substantia reticularis übergehenden Markstreifen auch die Existenz grauer Masse nach, welche sich in die Fascia dentata fortsetzt. Beim Menschen, Hund und Cynocephalus Bubuin sind diese Theile sehr gering, beim Pferde, Rind, Macacus cynomolgus sind sie relativ stark entwickelt. G. vermuthet einen Zusammenhang mit dem Olfactorius.

Die histologische Untersuchung des Bulbus olfactorius lehrte den Verf. hier 2 verschiedene Zellengattungen kennen, deren eine mit zwar verästeltem, aber schliesslich in eine gewöhnliche Nervenfaser ausgehenden Axencylinderfortsatze versehen war, während derselbe bei der anderen sich gänzlich in ein feines Netzwerk auflöste. Aus diesem letzteren sollen nach G. die Fasern des Tractus olfactorius, sowie diejenigen der vorderen Commissur hervorgehen, während sich aus den Axencylinderfortsätzen der ersteren Züge zum Stabkranze entwickeln. Ob es wirklich möglich ist, derartige verwickelte Details durch die rein anatomische Untersuchung festzustellen? Sehr zu bedauern ist es, dass G. von Ganser's eingehenden Forschungen über viele der besprochenen Fragen keine Kenntniss gehabt zu haben scheint. E. Kräpelin.

---

3) Färbungsmethoden des Centralnervensystems.

Prof. Weigert beschreibt (Fortschr. der Medicin. 1884. 15. März) ausführlich die neue Färbungsmethode, auf die bereits in Nr. 5 d. Bl. S. 106 aufmerksam gemacht wurde. Die Beschreibung muss im Original nachgesehen werden.

Prof. Adamkiewicz (Anzeiger der k. Akad. der Wissensch. 1884. 6. März) färbt das Rückenmark mit Safranin und Methylenblau. Die weisse Substanz wird durch Safranin orangegelb und durch Methylenblau blau, das Piagewebe, die Septa der weissen Substanz und die graue Substanz dagegen werden durch Safranin roth bis violett, durch Methylenblau grün gefärbt. Bestimmte Partien einzelner Rückenmarksstränge haben eine besondere Affinität zum Farbstoff (chromoleptische). Der Träger des Farbstoffes ist nicht der Axencylinder, sondern eine Substanz, welche meist dem Axencylinder anliegt und auf Querschnitten gewöhnlich halbmondförmige Gestalt hat. A. glaubt, dass durch diese Färbung die Kenntnisse des normalen anatomischen Baues, wie gewisser pathologisch-anatomischer Veränderungen des Rückenmarks gefördert werden werden.

Dr. Sahli (Correspondenzbl. für Schweizer Aerzte. 1884. 15. März) demonstrirt in dem med.-pharm. Verein zu Bern eine neue Doppelfärbung des centralen Nervensystems mit Methylenblau und Säurefuchsin. Die Axencylinder werden roth, die Markscheiden sind sehr mannigfach, z. Th. blau, z. Th. roth gefärbt (erythrophile Substanz Weigert's und cyanophile Sahli's). Es lässt sich noch bei den feinsten Fasern des Gerlach'schen Netzes eine Markscheide in Form eines blauen Saumes nachweisen. S. glaubt, dass durch diese Methode wird nachgewiesen werden können, dass unsere Vorstellungen über die Function der Markscheide völlig haltlos sind, dass ferner unsere Eintheilung in sensible und motorische Nerven nicht in jeder Beziehung, zunächst nicht in chemischer Beziehung den Thatsachen entspricht. So sind z. B. die aus den äusseren Keilsträngen in die Hinterhörner eintretenden Faserbündel einerseits und die Pyramidenkreuzung andererseits reich an cyanophiler Substanz.

M.

Experimentelle Physiologie.

4) Experimente an den Ohren von Fischen mit Rücksicht auf den Gleichgewichtssinn von Henry Sewall, Prof. der Physiologie an der Universität von Michigan, Amerika. (Journal of Physiology. 1884. Febr. Vol. IV. Nr. 6.)

In der vorliegenden Arbeit berichtet Verf. über Versuche, die er am Haifisch und Rochen, bezw. an deren Bogengängen ausgeführt hat. Nachdem er in der Einleitung den gegenwärtigen Standpunkt der vorliegenden Frage kurz klargestellt und besonders der Arbeit des Referenten und der von Hogyes Erwähnung gethan, beschreibt er seine eigenen Versuche; denen er eine kurze Mittheilung über die anatomischen Verhältnisse des Ohres des Haifisches vorausschickt. Die operirten Thiere wurden 1—6 Stunden lang nach der Operation beobachtet. Die Versuche beziehen sich auf die Durchschneidung der halbzirkelförmigen Kanäle, auf die Zerreissung der vestibulären Säcke mit gleichzeitiger Entfernung der Otolithen und auf Operationen an den Ampullen der vorderen verticalen und horizontalen Kanäle:

Die Durchschneidung eines oder aller halbzirkelförmigen Kanäle auf einer Seite ergaben negative Resultate, in gleicher Weise die Durchschneidung der vertikalen Kanäle auf beiden Seiten oder die Durchtrennung jeder der 6 Kanäle auf beiden Seiten.

Die Eröffnung der Utriculus ist von den verschiedensten Folgen begleitet, bald zeigten sich Störungen des Gleichgewichts, bald nicht; ersteres besonders dann, wenn beim Rochen nach weiterer Eröffnung des Utriculus die Otolithen entfernt wurden. Stärker waren die Störungen nach der gleichen Operation beim Haifisch ausgesprochen und ganz besonders, wenn auf beiden Seiten die Otolithen entfernt wurden. Aber auch ohne diese Entfernung folgten schon der einfachen Zerreissung des Utriculus Störungen des Gleichgewichts nach, namentlich wenn die Thiere erregt oder plötzlich in's Wasser geworfen wurden. Noch stärker wurden die Störungen bei Eröffnung des Sacculus sowohl nach ein- wie doppelseitiger Operation, mit dem Unterschiede, dass sie im ersteren Falle geringfügig waren. Im Allgemeinen waren die Störungen bei vorsichtiger Operation geringer. Die Operationen an den Ampullen ergaben, wenn sie mit Vorsicht ausgeführt wurden, keine Gleichgewichtsstörungen, gleichgültig, ob die ampullaren Nerven durchschnitten oder mittelst quetschender Instrumente entfernt wurden.

Schliesslich erwähnt Verf., dass er auch an Fischen nach Reizung der ampullaren Nerven Nystagmus und häufig Erbrechen beobachtet hat, dass dagegen nach Durchschneidung der Kanäle allein derartige Erscheinungen niemals auftraten. Ist Verf. geneigt, den Nystagmus als einen reflectorischen Vorgang zu betrachten und eine gewisse Beziehung zwischen Ohr und dem Gleichgewichtssinn zu statuiren, so hält er die Annahme, dass man es hier mit einem peripheren Sinn des Gleichgewichts zu thun hat, für ungerechtfertigt und kann desshalb den Anschauungen von Goltz, Mach u. A. nicht das Wort reden. B. Baginsky.

---

5) Die Function der Gehörschnecke von Dr. Benno Baginsky in Berlin. (Arch. f. path. Anat. Bd. 94. H. 1.)

Um experimentell die Helmholtz'sche Theorie über das Hören der Töne (— Mitschwingen bestimmter Theile der Membrana basilaris der Schnecke bei Zuleitung von Schallschwingungen, und zwar so, dass die Theile der Membrana basilaris an der Schneckenbasis für die hohen, diejenigen an der Schneckenspitze für die tiefen Töne abgestimmt seien —) zu erproben, unternahm B. in H. Munk's Laboratorium eine grössere Reihe von Versuchen an Hunden.

B. zerstörte zuerst auf der einen Seite die Schnecke so vollständig wie möglich, auf der anderen Seite verletzte er die Schnecke nur an der Spitze. Es ergab sich danach, dass die Thiere, etwa am Ende der ersten Woche, zuerst nur das 5 und

4mal gestrichene C, später auch das 3 und 2mal gestrichene hörten, die tieferen Töne dagegen nicht.

Die andere Versuchsreihe, wobei B. nach Zerstörung der einen Schnecke die andere nur an der Basis zu verletzen suchte, gelang meistens nicht nach Wunsch, doch hatte immerhin eine Anzahl von Experimenten das Resultat, dass die Hunde einige Zeit nach der Operation nur die tiefen Töne hörten.

In allen Fällen wurde schliesslich die genaueste anatomisch-histologische Untersuchung des Gehörorgans vorgenommen und gefunden, dass bei den Thieren, welche nur noch die hohen Töne hörten, das Corti'sche Organ an der Schneckenbasis intact, an der Spitze narbig degenerirt war.

Wenn demnach die Versuche wenigstens in Bezug auf die Schneckenbasis nicht ganz nach Wunsch gelangen, so darf Verf. immerhin aus ihnen den Schluss ziehen, „dass die Spitze der Schnecke andere Functionen hat, als die Basis, und dass diese die dem Hören hoher Töne dienenden, jene die dem Hören tiefer Töne dienenden Theile enthält." Hadlich.

Pathologische Anatomie.

6) **Recent and old case of infantile palsy** by Dr. Angel Money. (British med. Journ. 1884. Febr. 23. p. 361.)

Verf. hatte Gelegenheit, das Rückenmark in 2 Fällen essentieller Kinderlähmung zu untersuchen und zwar bei einem 2jährigen Mädchen, 16 Tage nach dem Beginn der beiderseitigen Lähmung, und bei einem 7jährigen Knaben, 5 Jahre nach dem Ausbruch der rechtsseitigen Krankheit. In dem frischen Falle fand sich eine enorme Hyperämie im Centrum der Lendenanschwellung und eine so bedeutende Infiltration beider Vorderhörner (und ihrer nächsten Umgebung) mit weissen Blutkörperchen, dass die Ganglienzellen nicht mehr zu erkennen waren. In dem alten Falle war das rechte Vorderhorn atrophisch und sklerotisch, die Ganglienzellen fehlten völlig. Verf. hält beide Befunde für verschiedene Stadien ein und desselben Prozesses; als das Primäre sieht er eine Erkrankung der Gefässwände an. Eventuelle Hämorrhagien und Myelitiden würde er nur als Folgezustände betrachten. Sommer.

7) **Il peso del cervello negli alienati.** Vortrag des Dr. Amadei auf dem IV. Congress der „Società freniatrica Italiana" zu Voghera. (La psichiatria. 1884. p. 88.)

Verf. besprach die Resultate von 500 Gehirnwägungen, die sich auf die verschiedensten Formen geistiger Störung vertheilen; das Material zu dieser ausserordentlich grossen Untersuchungsreihe stammt aus der Irrenanstalt zu Reggio. Von allgemeinem Interesse wird folgende Zusammenstellung der ermittelten Durchschnittswerthe für Männer und Frauen sein.

Krankheitsform	Hirngewicht Männer	Frauen
Imbecillität	1297	1114
Epilepsie	1296	1185
Hysterie	—	1223
Paranoia	1352	1336
Period. Irresein	1418	1254
Manie	1404	1226
Melancholie	1395	1213
Terminalblödsinn	1333	1114
Alcoholismus	1348	1165
Progr. Paralyse	1300	1075
Gesunde nach Tenchini	1356	1235

Sommer.

Pathologie des Nervensystems.

8) Zur Casuistik der Kleinhirnsklerose von W. Sommer. (Arch. f. Psychiatrie. Bd. 15. H. 1.)

Bei der Section eines 30jähr. Idioten, der nur in den letzten Monaten seines Lebens Symptome psychischer Agitation und einen eigenthümlich nach vorwärts drängenden und schwankenden Gang dargeboten hatte, fand sich neben chronischem Hydrocephalus ein infantiles Cerebellum mit Sklerose des Lobus posterior sup. und inf. beiderseits. Während nach Meynert das Kleinhirn der Irren 110,7 $^0/_{00}$ des Gesammthirngewichts beträgt, wog es im vorliegenden Falle nur 114 Gramm, was einem Promille von 73,1 entspricht. Die sklerotischen Stellen zeigten makro- wie mikroskopisch das bekannte Verhalten.

Bemerkenswerth ist der plötzliche Tod, auf dessen häufiges Eintreten bei derartigen Kleinhirnaffectionen übrigens Bernhardt bereits aufmerksam gemacht hat, und das Fehlen aller auffälligen Functionsstörungen, abgesehen von den letzten Monaten, obschon die Entwickelung der Sklerose mit grösster Wahrscheinlichkeit in's 3. Lebensjahr des Patienten zurück datirt werden kann. M.

---

9) Recherches anatomo-cliniques sur les scléroses bilatérales de la moëlle épinière consécutives à des lésions unilatérales du cerveau par Pitres. (Arch. de physiol. Bd. 30. H. 2.)

P. hat 10 Beobachtungen secundärer Degeneration beider Pyramidenseitenstrangbahnen nach einseitigen Hirnherden gesammelt. Bis zur Pyramidenkreuzung war die Veränderung streng einseitig. Im Rückenmarke waren 6mal die beiden Pyramidenseitenstrangbahnen gleich intensiv und in gleicher Ausdehnung befallen, 4mal war die gekreuzte Seitenstrangbahn stärker degenerirt. In den ersten 6 Fällen schien die Veränderung beiderseits etwas über den Rayon der Pyramidenbahnen nach vorn sich auszudehnen und die Sklerose weniger dicht zu sein, als bei der gewöhnlichen einseitigen Veränderung.

Die Pyramidenvorderstrangbahn war in 2 von den 6 Fällen der gleichmässigen doppelseitigen Degeneration ganz frei, 2mal gleichmässig doppelseitig, 1mal ungleichmässig doppelseitig und 1mal einseitig degenerirt. Von den 4 Fällen mit vorwiegender Degeneration der gegenüberliegenden Pyramidenseitenstrangbahn hatten 2 keine Veränderung im Pyramidenvorderstrang, 1 eine doppelseitige ungleichmässige und 1 eine einseitige Degeneration dieser Region, der letztere auf der Seite der stärker befallenen (gekreuzten) Pyramidenseitenstrangbahn.

Die Hypothese Charcot's, dass die Fasern der gleichnamigen Pyramidenseitenstrangbahn durch eine Kreuzung in der vorderen Commissur auf diese Seite gelangt seien, verwirft P., weil er niemals in der vorderen Commissur degenerirte Fasern sehen konnte und weil die Veränderung im Halsmarke direct unter der Pyramidenkreuzung stärker ausgesprochen war, als im Brusttheile, also nicht successiv über die Mittellinie hinübertretende Fasern befallen haben konnte.

Ebensowenig ist die Annahme gerechtfertigt, dass bei der Durchflechtung der Fasern in der Pyramidenkreuzung, wo die Fasern einer Seite mit den in Folge des Hirnherdes degenerirten der anderen Seite sich berühren per contiguitatem die bis dahin intacten erkrankten (Hallopeau). Die Degeneration ist zu genau auf die Pyr.-Seitenstrangbahnen beschränkt, um eine solche Uebertragung eines Krankheitsprozesses auf die benachbarten Fasern möglich erscheinen zu lassen.

Es ist also wahrscheinlich, dass bei einer gewissen Anzahl von Menschen noch eine andere Vertheilung der cortico-musculären Leitung stattfindet, als die durch Flechsig bekannt gewordenen, dass nämlich die Pyramidenbahn auf beide Seitenstränge (und manchmal auch noch auf einen oder beide Vorderstränge) sich vertheilt.

Eine constante Beziehung der doppelseitigen Degeneration zu den klinischen Symptomen, welche im Leben auf beiden Körperhälften wahrgenommen werden, besteht nicht. Die Abnahme der groben Kraft auf der „nicht gelähmten" Seite findet sich stets (Friedländer, 1883. Nr. 11 d. Centralbl.), also auch bei einseitiger Degeneration. Die Steigerung des Kniephänomens und der Wadenklonus kann auf beiden Seiten auftreten (Westphal). Die „secundäre Contractur" tritt ebenfalls bisweilen in beiden Beinen auf, auch von dieser lässt sich nicht sagen, dass sie die nothwendige Folge einer doppelseitigen Degeneration der Pyramidenstränge sei, da unter den 10 Fällen P.'s mit diesem anatomischen Befunde die Contractur 8mal auf die gekreuzten Extremitäten beschränkt war. Nur für eine Abnahme der Gehfähigkeit und der Möglichkeit, das Gleichgewicht des Rumpfes zu bewahren, ist es wahrscheinlich, dass sie in den Fällen stärker hervortritt, in welchen die secundäre Degeneration auf beide Pyramidenseitenstrangbahnen vertheilt ist. Moeli.

---

10) **Ueber einen Fall von sogenannter spastischer Spinalparalyse mit anatomischem Befunde, nebst einigen Bemerkungen über die primäre Erkrankung der Pyramidenseitenstrangbahnen** von Prof. C. Westphal. (Arch. f. Psychiatrie etc. 1884. Bd. XV. H. 1.)

Ein bei der Aufnahme (1876) 38jähr. Kutscher, ohne hereditäre Prädisposition, hatte im Jahre 1873 ein Ulcus syphilitic. aquirirt. 1876 Beginn der Erkrankung mit Steifheit und spastischen Erscheinungen in den unteren Extremitäten, zuerst beim Uriniren hervortretend. Allmählich zunehmende Schwäche der Beine mit spontanen Zuckungen, spastischer Gang, Widerstand bei passiven Bewegungen in den Kniegelenken, der aber nur bei brüsker Ausführung der Bewegung bemerkbar war. Sehnenphänomene gesteigert, — Fussclonus, Clonus im linken Quadriceps. Steigerung der directen mechanischen Erregbarkeit in einzelnen Muskeln. Steigerung der Hautreflexe. Erhebliche Herabsetzung der Temperaturempfindung an den unteren Extremitäten ohne wesentliche Alteration der übrigen Sensibilitätsqualitäten. Muskelgefühl erhalten, faradische und galvanische Erregbarkeit normal. Obere Extremitäten intact. Häufiger Urindrang. Intercurrente und rasch vorübergehende Zunahme der Muskelsteifigkeit. Mehrere Jahre ziemlich stationärer Zustand, langsame Zunahme der Muskelrigidität der unteren Extremitäten, geringe Sensibilitätsabnahme am rechten Fuss und Unterschenkel. Blasencatarrh. Sommer 1880 plötzlich Lähmung des rechten Arms, Hirnerscheinungen, psychische Veränderung, Kopfschmerz, Erbrechen, Tod unter Auftreten von Sopor und Parotitis.

Bei der Autopsie ausgedehnte Erweichung in der Marksubstanz des Grosshirns links, in der rechten Hemisphäre nur die Ausstrahlung des Balkens in den Hinterhauptslappen erweicht. Im Rückenmark bei der mikroskopischen Untersuchung eine doppelseitige symmetrische Degeneration der Pyramidenseitenstrang- und Kleinhirnseitenstrangbahnen und zwar so, dass die Degeneration der Pyramidenseitenstränge gegen den unteren Theil der Halsanschwellung hin schwach beginnt, weiter nach oben nicht mehr sicher zu constatiren ist, am Uebergang vom Hals- in den Brusttheil intensiver wird und sich in ziemlich derselben Intensität nach abwärts bis zum Sacraltheil erstreckt. Die Kleinhirnseitenstrangbahnen sind in ihrem ganzen Verlauf betroffen. Ausserdem noch eine geringe Affection gewisser Theile der Goll'schen Stränge im Hals- und oberen Brustmark. Ausser vollständigem Schwund der Ganglienzellen der Clark'schen Säulen keine Veränderung in der grauen Substanz.

Die Diagnose war bei Lebzeiten auf eine multiple Degeneration des Rückenmarks oder auf eine der Formen combinirter Erkrankung einzelner Stränge gestellt worden — vorbehaltlich der Möglichkeit einer isolirten Degeneration der Seitenstränge, resp. der Pyramidenbahnen. Später nahm man Uebergang der multiplen Degeneration auf das Gehirn an.

Es handelte sich nach der anatomischen Untersuchung um eine primäre Seitenstrangdegeneration (Pyramiden- und Kleinhirnseitenstrangbahnen umfassend) + einer geringen eigenthümlichen Degeneration der Goll'schen Stränge.

Das Krankheitsbild entsprach im Wesentlichen demjenigen der spastischen Spinalparalyse und bestätigte den früher von Westphal ausgesprochenen Satz, dass das genannte Bild entstehen kann bei Erkrankung der Seitenstränge in verschiedener Ausdehnung, in Verbindung mit Erkrankung der Hinterstränge, wenn letztere nicht bis in den Lendentheil (oder unteren Brusttheil?) herabreicht.

Welche Genese und Bedeutung dem complicirenden encephalomalacischen Prozess zu vindiciren ist, entscheidet W. nicht, da eine genaue anatomische Untersuchung (auch der Gefässe) aus äusseren Gründen unterblieb; keinenfalls ist die Erkrankung der Pyramidenseitenstrangbahnen als secundäre, durch den Hirnherd bedingte aufzufassen.

W. fügt nun einige wichtige Bemerkungen bei über die isolirte primäre Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahnen. Zunächst betont er, dass immer noch kein vollkommen sicher die Existenz einer solchen beweisender Fall vorliege, denn auch in dem Falle von Morgan und Dreschfeld ergab sich bei späterer genauer Untersuchung eine Mitbetheiligung gewisser Partien der Vorderhörner (Atrophie der Ganglienzellen). W. ist daher eher geneigt den Fall wenigstens anatomisch als Anfangsstadium einer amyotrophischen Lateralsklerose zu betrachten. Einzig sichergestellt erscheint W. das Vorkommen einer primären Erkrankung der Pyramidenseitenstrangbahnen bei der allgemeinen Paralyse der Irren, bei welcher er sie zuerst beschrieben hat. Als ungerechtfertigt weist W. die Vermuthung Flechsig's und Anderer, dass man es auch hier mit einer secundären, vom Gehirn her absteigenden Degeneration zu thun haben könne, zurück.

Der Gesichtspunkt, von dem aus diese und die Formen combinirter Strangerkrankungen bei den paralytischen Irren aufgefasst werden können, ist nach W. der, dass diejenigen Systeme, die bei der Entwickelung des Rückenmarks den Schluss bilden, in denen am spätesten die Bildung der Markscheiden auftritt (Py.-B., sodann H.-B. und Kl.-S.-B.), unter gewissen Umständen am ersten einem Involutionsprozesse anheimfallen, welcher mit einem Zugrundegehen der Markscheiden beginnt.

W. hebt schliesslich noch einen Unterschied in den klinischen Erscheinungen hervor, welche die combinirte Erkrankung der Hinter- und Seitenstränge bei paralytisch Geisteskranken einerseits, bei psychisch Gesunden andererseits bedingt. Bei den letzteren verläuft die Erkrankung unter dem Bilde der „spastischen Spinalparalyse", falls die Erkrankung der Seitenstränge bis nach abwärts sich erstreckt und die Hinterstränge vom unteren Brust- resp. Lendentheil ab frei sind; sind diese über die genannten Partien hinaus nach abwärts in grösserer Ausdehnung oder im äusseren Abschnitt erkrankt, so entwickeln sich die spastischen Erscheinungen nicht. Bei paralytisch Geisteskranken dagegen findet man auch bei gegebenen anatomischen Bedingungen selten das Bild der spastischen Spinalparalyse, sondern meist paralytische Schwäche in Verbindung mit Tremor, erhöhtem Kniephänomen. Der Grund dieser Verschiedenheit mag, wie Westphal ausführt, darin liegen, dass die Erkrankung der Rückenmarksstränge und namentlich der Seitenstränge bei den paralytisch Geisteskranken selten den Grad der Entwickelung erreicht, wie bei Nicht-Paralytikern und zwar weil das Leben derselben durch manche Complicationen abgekürzt wird. Es kommt daher nicht zu der fast vollständigen Atrophie, zu dem Verlust fast aller markhaltigen Nervenröhren; und gerade davon sind vermuthlich die Muskelrigidität und die spastischen Erscheinungen abhängig. Eisenlohr.

---

11) **Étude d'un cas de fausse sclérose systématique combinée de la moëlle (scléroses systématiques ou péritubulaires et scléroses peri-vasculaires)** par Ballet et Minor. (Arch. de Neurol. No. 19. p. 44—84. Pl. I—III.)

Die Verfasser knüpfen ihre Betrachtungen über combinirte Strangaffectionen im Rückenmark an einen Fall, der eine Systemerkrankung vortäuschte, bei näherer Betrachtung aber als diffuse Sklerose sich darstellte. Afficirt waren beiderseits symmetrisch die Hinter- und Hinterseitenstränge; erstere nur im Hals- und Brusttheil, letztere im ganzen Verlauf. Im unteren Hals- und oberen Brustabschnitt war die Affection am intensivsten und auf den ganzen Querschnitt ausgedehnt, nach oben und unten nahm sie an Ausdehnung ab, betraf aber sowohl die Burdach'schen als die Goll'schen Stränge, im oberen Halstheil allerdings vorzugsweise die letzteren. — Die Seitenstrangaffection umfasste die Pyramidenseitenstrang- und die Kleinhirnseitenstrangbahn, ging aber sowohl innerhalb des einzelnen Querschnitts über die Grenzen dieser Systeme hinaus, als auch reichte sie in Regionen des Rückenmarks hinab, in denen dieselben längst erschöpft sind. Die Sklerose erreichte das Hinterhorn, bezog dasselbe sogar vielfach ein, so dass Seiten- und Hinterstrang ein continuirliches Degenerationsfeld bildeten. Gegen die Systemnatur dieser Affection sprechen nach den Verff. ausser der beschriebenen Topographie noch folgende Momente: Die Pyramidenvorderstrangbahnen waren intact, ebenso die Vorderhörner; das histologische Bild war nicht das der Systemerkrankung („peritubuläre" Sklerose), wie z. B. bei der secundären Degeneration, sondern das der „perivasculären Sklerose", indem die Axencylinder Varicositäten und Unterbrechungen zeigten, zahlreiche erweiterte Gefässe mit gefüllten perivasculären Räumen und viele abnorm grosse Spinnenzellen anzutreffen waren. Aetiologisch wird — auf Grund der histologischen Diagnose — die anamnestisch übrigens nicht sichergestellte Syphilis angeschuldigt, wiewohl die Verff. sonst Gegner der syphilitischen Tabes sind. — Das Leiden hatte mit lancinirenden Schmerzen begonnen; es folgte Sehnervenatrophie mit vollständiger Amaurose, Kopfschmerzen; dann erst Extremitätenlähmung mit zunehmenden Contracturen, Hyperästhesie, erhöhten Sehnenreflexen. Es bestätigt sich also auch hier der von Westphal aufgestellte Satz, dass bei combinirter Hinter- und Seitenstrangaffection die grössere Ausdehnung der einen oder anderen für die Symptomenreihe, speciell auch für das Verhalten der Sehnenreflexe entscheidend ist. — Eine Analyse der bisher veröffentlichten combinirten Strangaffectionen im Rückenmark ergiebt den Verff. folgende 5 Gruppen:

1) diffuse Sklerose; hierzu gehört der von ihnen beschriebene Fall;
2) combinirte Systemerkrankung der Bandelettes latérales, Goll'schen Stränge und Kleinhirnseitenstrangbahnen;
3) primäre Systemerkrankung der Burdach'schen Stränge; von hier aus auf dem Wege einer Leptomeningitis Myelitis der periphersten Theile der Hinterseitenstränge, die eine Systemerkrankung der Kleinhirnseitenstrangbahnen vortäuscht;
4) primäre diffuse Myelitis mit aufsteigender (Kleinhirnseitenstrangbahnen und Goll'sche Stränge) und absteigender (Pyramidenbahnen) secundärer Degeneration;
5) echte combinirte Systemerkrankung der Hinterstränge und Pyramidenbahnen. Diese sei bisher erst aus 2 Fällen bekannt: dem von Kahler und Pick (Arch. f. Psych. VIII. 2), der zudem wegen gleichzeitiger Erkrankung der Kleinhirnseitenstrangbahnen nicht rein sei; und dem von Damaschino (Comptes rendus. 1882).

Tuczek.

---

12) **Herdförmige Sklerose nach Diphterie** von Stadthagen. (Arch. f. Kinderheilkunde. Bd. V. H. 1 u. 2.)

11jähr. Knabe überstand in seinem 4. Lebensjahre eine Angina diphtheritica, im Anschluss an welche sich die bekannte Lähmung des Gaumensegels einstellte. Während aber die Fähigkeit, ordentlich zu schlucken, nach einiger Zeit vollkommen wiederkehrte, behielt die Sprache ihren näselnden Charakter; ob auch andere Lähmungen, z. B. Schielen, vorhanden waren, ist heute nicht mehr festzustellen. Der Gang war anfangs unbeholfen, einige Monate später schleppte der Knabe das rechte

Bein nach, und die Gebrauchsfähigkeit desselben verschlechterte sich im Laufe des Jahres noch mehr. Seit etwa 2 Jahren ist auch der rechte Arm schwächer geworden und zittert bei Bewegungen; in allerjüngster Zeit sind auch der linke Arm und das linke Bein bei Bewegungen etwas genirt. Das Gedächtniss und die Intelligenz des Knaben haben in keiner Weise gelitten, nur ist seine Stimmung in letzter Zeit etwas weinerlich geworden; auch der Gesichtsausdruck ist in Folge Lähmung der Muskeln im unteren Facialisgebiete, speciell aber der Lippenmuskeln, ein weinerlicher. Pfeifen ist nicht möglich, grosse Bissen müssen mit den Fingern bis in den Rachen geschoben werden, werden dann aber gut geschluckt. Mundwinkel in Folge der vermehrten Speichelsecretion und des mangelnden Lippenverschlusses, excoriirt. Lippen und Zunge nicht atrophisch; Geschmack und Sensibilität der Zunge wohl erhalten, faradische und elektrische Erregbarkeit der Lippen- und Zungenmusculatur nicht herabgesetzt, Reflexerregbarkeit des Gaumens merklich herabgesetzt. — Sprache schleppend und monoton, alle Zungen- und Gaumenlaute werden undeutlich gesprochen.

An den Extremitäten findet sich bei genauerer Untersuchung im Wesentlichen eine Combination von Lähmungen und Muskelspannungen, daneben theils mehr, theils weniger deutliche Zunahme der Sehnenreflexe, dagegen keine wesentliche Betheiligung der Sensibilität, keine bemerkenswerthe Atrophie, normale oder wenig veränderte elektrische Erregbarkeit — ein Symptomencomplex, der in seiner Gesammtheit auf das System der Pyramidenseitenstrangbahnen hinweist. Die Art und Entwickelung der Krankheitserscheinungen macht es wahrscheinlich, dass disseminirte Heerde bestehen, und dass der Prozess von unten nach oben in die Höhe gestiegen sei.

Die Combination von Lähmungen und Krampfzuständen der Muskeln weist darauf hin, dass wahrscheinlich die als disseminirte oder Herdsklerose bekannte Form der chronischen Myelitis der Erkrankung zu Grunde liegt. Hierfür spricht auch der Anschluss an eine acute Infectionskrankheit, der allmähliche Beginn, der eminent chronische Verlauf und die jahrelangen Stillstände.

Der vorstehend skizzirte Fall ist wohl der erste sichere Fall einer im Kindesalter vorgekommenen Bulbärparalyse. M. Cohn, Hamburg.

---

13) Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Neuritis und des Herpes Zoster. Aus dem allg. Krankenhause in Hamburg von Dr. H. Curschmann und Dr. C. Eisenlohr. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. XXXIV. S. 409.)

Die pathologische Anatomie des Herpes Zoster wird durch mehrere in dem vorliegenden Aufsatze mitgetheilte wichtige und interessante Beobachtungen bereichert.

1. Ein 70 Jahre alter Emphysematiker bekam im April 1880 unter lebhaften neuralgischen Schmerzen eine starke Zoster-Eruption im Verbreitungsbezirk des rechten N. axillaris, cutaneus medialis und medius, sowie des cutaneus lateralis. Dabei bestand Fieber bis 39° C. und eine bedeutende schmerzhafte Schwellung der Achsellymphdrüsen. Die Abheilung erfolgte unter Narbenbildung und die Neuralgie bestand danach noch fort. Im Laufe des Mai entstanden an den oben genannten Nerven zahlreiche kleine Knötchen, hirsekorngross, auf Druck ziemlich stark empfindlich. Motilität und Sensibilität am rechten Arm ganz normal. Am 17. Juni wurden einige Knötchen excidirt und mit den anhaftenden kleinen Nervenzweigen genau mikroskopisch untersucht. Hierbei ergab sich, dass die Nervenfasern selbst völlig normal geblieben waren. Sehr starke Veränderungen zeigte dagegen das Bindegewebe des Epineuriums und das in der weiteren Umgebung der Nervenbündel befindliche Bindegewebe und zwar fanden sich hier zahlreiche Hämorrhagien, Rundzelleninfiltration um die Capillaren herum, die Capillaren selbst erweitert und mit weissen Blutzellen vollgepfropft, die Zellen des Bindegewebes vergrössert und gespannt. — Nach der Operation liessen die Schmerzen allmählich nach und im Verlauf der nächsten Wochen gingen auch die noch vorhandenen perineuritischen Knötchen zurück. Als Pat. im Januar 1882 seinem Lungenleiden erlag, war bei der Section

von den neuritischen Veränderungen Nichts mehr zu finden. Auch die betreffenden Spinalganglien und Nervenwurzeln wurden mikroskopisch vollständig normal befunden.

Somit ist der Fall als eine evidente Perineuritis acuta nodosa aufzufassen. Er zeigt, dass man bisher die Veränderungen in den Spinalganglien beim Herpes Zoster zu sehr in den Vordergrund gestellt hat und dass die periphere Neuritis hierbei künftig mehr zu beachten ist. Sie ist gewiss häufig einer etwaigen gleichzeitigen Erkrankung der Spinalganglien coordinirt.

2. Bei einem 58jähr. Mann trat Ende Mai 1882 eine Zoster-Eruption in der rechten Glutäalgegend auf. Etwa 14 Tage später waren die Efflorescenzen abgeheilt, die heftigen neuralgischen Schmerzen hielten aber an und im Verlauf der befallenen Nerven entwickelten sich nun eine Anzahl (schliesslich 10) kleiner sehr schmerzhafter Knötchen. Nach einigen weiteren Wochen heilte die Affection völlig ab. — Also auch hier handelte es sich sicher um circumscripte perineuritische Anschwellungen.

3. Bei einem 48jähr., an Herzinsufficienz und allgemeinem Hydrops leidenden Pat. trat 3 Tage vor dem Tode ein geringer Zoster intercostalis in der Gegend der letzten beiden linken Rippen auf. Bei der Section zeigte es sich, dass links in den tiefen Rückenmuskeln eine blutige Infiltration entstanden war, durch welche die lateralen Hautäste der Nn. intercostales X und XI hindurchtraten und wahrscheinlich hier einer Compression ausgesetzt waren. An den Nerven selbst, speciell aber auch an den entsprechenden hinteren Wurzeln und Spinalganglien war trotz genauer mikroskopischer Untersuchung nichts Abnormes zu finden. Strümpell.

---

14) **Zur Lehre der sensorischen Anästhesien** von H. Oppenheim. (Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1884. Nr. 6.)

O. bestätigt die von Thomsen beobachtete Einschränkung des Gesichtsfeldes bei Epileptikern (cf. Nr. 2 dies. Centralbl. 1884). Er fand ferner beträchtliche Einschränkung des Gesichtsfeldes neben anderen Störungen der Sensibilität; gleichzeitig mit gewissen psychischen Anomalien (Aengstlichkeit, Schreckbarkeit, Reizbarkeit und Gemüthsdepression) bei 5 Männern, von denen 3 Kopfverletzung mit Schädelfractur, 2 Railway-spine betrafen, dasselbe bei „Neurasthenien", endlich in einem Falle von multipler Sklerose und in einem Falle cerebraler Erkrankung mit Hemiplegie.

M.

Psychiatrie.

15) **L'alcoolisme en Pologne** par Rothe, Warschau. Der Société méd.-psycholog. referirt von Lubelski, Warschau. (Annal. méd.-psych. 1884. Janvier p. 121.)

Dem Referat über genannte Arbeit Rothe's entnehmen wir mit Uebergehung der schon aus Baer's und Nasse's Arbeiten bekannten Daten und Zahlen über den Consum und die Schäden des Alcohols Folgendes.

Rothe versucht in dem das Königreich Polen betreffenden Theil der Arbeit nachzuweisen, dass das Sprichwort: „Trinken wie ein Pole", wenigstens nach den statistischen Zahlen über den Alcoholconsum unberechtigt ist.

Der Verbrauch von Branntwein ist 8,76 Liter pro Kopf der Bevölkerung per Jahr. Im Vergleich mit andern Staaten (Holland 50,22 Liter, Frankreich [in einzelnen Departements] 16—23 Liter, Preussen 14,9 + 97 Liter Bier pro Kopf und Jahr) wäre dieser Consum ja gewiss nicht gross. Leider liegen aber die Verhältnisse derart, dass Rothe seinen eigenen Zahlen nur geringen Werth beimessen kann. Dieselben für die statistische Erhebung ungünstigen Verhältnisse, welche in Russland den wahren Verbrauch des Alcohols verschleiern (die statistisch festgesetzte Zahl für Russland ist 14 Liter pro Kopf und Jahr), gelten auch für Polen, zumal ein ausgedehnter, nicht zu schätzender Schmuggel von Branntwein.

Charakteristischer Weise ist gerade in den an Preussen grenzenden Bezirken Polens der Alcoholverbrauch ein ausnehmend geringer, während in einem benachbarten preussischen Districte (Posen) der höchste Branntweinverbrauch im preussischen Königreich statt hat: 31,9 Liter pro Kopf und Jahr, sodass man sich von dem Grad des Schmuggels eine Vorstellung machen kann. Neben den Districten, welche einen sehr erheblichen Alcoholverbrauch aufweisen, giebt es in Polen andere mit sehr nüchterner Bevölkerung; es sind dies vorwiegend eingesprengte Stämme fremder Bevölkerung: Lithauer, Samojeden und Tartaren; ferner orthodoxe Secten.

Der Consum von Bier ist in Polen ziemlich lebhaft, zumal in den grossen Städten und industriellen Bezirken; die Brauereien sind von Deutschen gegründet und noch in deren Händen. Den Verschleiss des Bieres betreiben wie den des Branntweins die Juden.

Der Einfluss des Alcoholverbrauchs auf Zahl und Art der Verbrechen wird in dem Lubelski'schen Bericht nur gestreift, ohne nähere Angaben. Die in Polen gültige Gesetzgebung fasst den zum Zweck der Ausführung eines Verbrechens erworbenen Rausch als erschwerenden, den Rausch jedoch, bei ohne Vorbedacht im Zustande der Trunkenheit begangenen Delicten, als mildernden Umstand auf.

Die Irrenanstalten enthalten 11,2 % männliche und 8,2 % weibliche durch Alcoholmissbrauch Erkrankte.

Auf die letzten, rein pathologischen Kapitel der Rothe'schen Arbeit geht der Referent nicht näher ein. Es wird nur noch die Einführung von Theehäusern zur Concurrenz mit den Schenken hervorgehoben, welche jedoch für Warschau bislang keinerlei Erfolg aufweisen sollen. Jehn.

---

16) **La folie, l'alcoolisme et le suicide dans l'armée francaise,** Auszug aus den Annales d'hygiène publique et de médecine légale, Déc. 1883, par Marvaud. (Annales médico-psychologiques. 1884. Janvier.)

Geisteskranke Angehörige der Armee wurden den Spitälern zugeführt:

1875	. . .	215
1876	. . .	178
1877	. . .	160
1878	. . .	159
1879	. . .	173

also 177 im jährlichen Durchschnitt, was einem Satz von 0,44 auf 1000 des Effectivstandes der Armee entspricht.

Unter den Aufnahmen in die Irrenanstalten waren im Zeitraum von 1872—79 1,5 auf 1000 militärische.

Die vorwiegende Form der geistigen Störung in der Armee ist die Paralyse. Die Bedingungen für die Entwickelung der Geistesstörungen mögen in der Armee grösser sein, als in der übrigen Bevölkerung, trotzdem die Zahlen der geistigen Erkrankung eher ab-, als zuzunehmen scheinen. Die höheren Chargen sind stärker heimgesucht, als die niederen.

Der Officiersstand weist die meisten paralytischen Erkrankungen auf: die Hälfte bis drei Viertel der sämmtlichen Fälle (Léon, Colin); Artillerie, Genie und Sanitätscorps weisen die grössten Zahlen auf. Bei den gewöhnlichen Soldaten begegnet man meist gutartigeren Psychosen (Manie, Melancholie), welche jedoch vom 30. Jahre an sich meist mit Alcoholismus vereinigen: die Gefahr geistiger Erkrankung steigert sich mit dem Dienstalter und scheint sich zu vervierfachen nach 14jährigem Dienst unter der Fahne.

Alcoholismus in der Armee.

Acuter Alcoholismus ist bei den jungen Soldaten selten; chronischer bei den alten Soldaten um so häufiger, zumal den Unterofficieren, die an der Grenze der

Möglichkeit weiteren Avancements stehen. Der Grund des Alcoholismus wird für die Soldaten in der Entfernung von der Familie, im Müssiggang und in der gegenseitigen Anregung gesucht.

Spital-Aufnahmen in Folge von schwerem Alcoholismus sind relativ selten:

1875	fanden	111	Aufnahmen	statt und	22	Todesfälle,
1876	„	87	„	„ „	22	„
1877	„	93	„	„ „	14	„
1878	„	77	„	„ „	19	„
1879	„	84	„	„ „	12	„

was einer Proportion von 1:25 000 für die alcoholischen Todesfälle entspricht.

Suicidium. In der Periode von 1862—69 repräsentirte der Selbstmord die Zahl von 1 auf 2000 Soldaten.

In der Periode von 1872—79 beziffert sich der Selbstmord auf 3,3 % der Gesammttodesfälle, oder auf 0,35 auf 1000 Mann Effectivbestand der Armee, eine immerhin sehr beträchtliche Zahl, verglichen mit denen des Selbstmords in der Civilbevölkerung Frankreichs:

für 1000 Menschen ländlicher Bevölkerung im Alter von 20—30 Jahren	0,13
für 1000 Städter in Orten von über 2000 Seelen	0,23

Die häufigsten Selbstmorde in der Armee finden durch Feuerwaffen statt, seltener sind Erhängen und Ertrinken, noch seltener der Tod durch blanke Waffen oder Gift.

Jehn.

---

17) **Der Alcoholismus in St. Petersburg** von Nicolajeff. (Wratsch. 1884. Nr. 1. Russisch).

Die Zahl der an Alcoholismus (sowohl acuten, als chronischen Formen) Leidenden betrug im Laufe von 6 Jahren (1877—1882) in 5 Civilhospitälern 5396. Die meisten Aufnahmen fanden regelmässig im August statt (gegen 12,2 %), dann folgen Mai, Juni und Juli (durchschnittlich über 10 %), die geringsten in den kalten Wintermonaten. Verf. macht auf die Uebereinstimmung seiner statistischen Ergebnisse mit den von Robertson für England festgestellten aufmerksam, wo ebenfalls die meisten Erkrankungen an Alkoholismus auf die Sommermonate fallen. Seiner Ansicht nach machen sich auf die Häufigkeit der betreffenden Erkrankungen ausser ökonomischen Verhältnissen auch Temperatureinflüsse geltend.

P. Rosenbach.

---

18) **Der Einfluss des Alcoholmissbrauchs auf psychische Störungen** von Dr. Adalbert Pilkowsky. (Wiener Klinik. 1883. XI. November.)

Die Statistik der niederösterreichischen Landesirrenanstalt in Wien ergiebt für die letzten 12 Jahre, dass von den Männern 25,3 %, von den Frauen 2,7 % durch Alcoholmissbrauch psychisch erkrankten. Verf. plädirt für Trinkerasyle.

M.

---

19) **Ein Fall von periodischem Wechsel der Haarfarbe** von Reinhard. (Virchow's Arch. Bd. 95. H. 2. p. 337—351.)

Eine in der Dalldorfer Anstalt beobachtete 13jähr. mikrocephale und epileptische Idiotin, deren Haar früher von stets gleicher Farbe gewesen war, zeigte einen ziemlich regelmässigen Wechsel von etwa einwöchentlichen Phasen von Erregung und Ruhe und isochron mit dieser Periodicität des psychischen Verhaltens einen höchst auffallenden Wechsel der Haarfarbe, so zwar, dass im Stadium der Erregung dieselbe goldröthlich, im Stadium der Apathie und des Stupors gelbblond war. Dieser Wechsel vollzog sich innerhalb 48—60 Stunden, jede der beiden Phasen hielt 7—8 Tage an. Krankheiten der Haare und der Kopfhaut fehlten. Dagegen sonderte während des Stupors die Kopfhaut wenig Fett ab, conform mit der allgemeinen grösseren Trockenheit und Kühle der Haut in diesem Stadium.

Das Resultat der mikroskopischen Untersuchung war, dass die hellen Haare sehr viel Luft enthielten, nicht nur in der Marksubstanz, in der die Luft an manchen Strecken eine zusammenhängende Blase von spindelförmiger Gestalt bildete, sondern auch in zahlreichen kleinen Spalträumen in der Rindensubstanz; wie es schien, auch zwischen letzterer und der Cuticula. Diesen abnormen Luftgehalt der hellen Haare zieht Verf. neben der grösseren Trockenheit derselben und der Rauhigkeit ihrer Oberfläche zur Erklärung des Phänomens heran, das er in Parallele mit den anderweitigen trophischen Störungen stellt. Die Luft sei, wie man annehmen müsse, in Folge einer Abnahme der Turgescenz des Haarschafts theils von aussen (in die Rinde), theils aus den Blutgasen (in das Mark) in den Haarschaft gelangt.

Die Section (Tod an Pneumonie) bot hier keine Aufklärung. Progressive Extremitätenlähmung mit Atrophie und Contracturen erhielten ihre anatomische Erklärung durch den Befund der Seitenstrangaffection mit Atrophie der Vorderhörner.

Tuczek.

Therapie.

20) Die Dehnung des Rückenmarks von Alfred Hegar in Freiburg. (Wiener med. Blätter. 1884. Jan. Nr. 3 u. 4.)

Hegar wurde durch gynäkologische Erfahrungen dazu geführt, über die directe Rückenmarksdehnung Versuche anzustellen und dieselbe auf Grund der gefundenen anatomischen Thatsachen als Ersatz für die Nervendehnung bei spinalen Erkrankungen vorzuschlagen. Jedenfalls glaubte Verf. durch Verbesserung der „Dehnungs-Methoden" die bereits in etwas in Miskredit gerathene Operation wieder zu Ehren bringen zu können.

Ein von H. öfters beobachteter Symptomencomplex, den er in das Lendenmark verlegt, wird häufig mit Sexualleiden in einen causalen Zusammenhang gebracht, ohne dass es in vielen Fällen gelingt, die anatomische Grundlage für solche Erkrankungen nachzuweisen. — Dagegen ist es ein nicht seltenes Vorkommniss, dass gewisse mechanische Veranlassungen, besonders eine starke Beugung des Rückgrats nach vorn, den ersten Erscheinungen jener Lendenmarksaffection fast unmittelbar vorausgehen. „Das, was Schaden verursacht, kann in anderer Weise und unter anderen Bedingungen gebraucht, auch Nutzen bringen", meint der Verf., und von diesem Gesichtspunkte geleitet hat er die von Schultze, Mayer, Kaltenbach, sowie von ihm selber über die Mechanik der knöchernen Wirbelsäule schon früher gemachten Angaben dahin zu erweitern gesucht, dass er Ermittlungen darüber anstellte, in welchem Maasse das Rückenmark und seine Hüllen an der Dehnung ihrer knöchernen Umgebung theilnehmen und in wie weit ferner die Versuche Langenbuch's, Gussenbauer's, Braun's u. A. über die Betheiligung der Substanz des Rückenmarks an der Dehnung von den grossen Nervenstämmen aus bestätigt werden könnten. Die Resultate seiner in Gemeinschaft mit Strasser an der Leiche ausgeführten Experimente sind etwa folgende: Durch Vorwärtsbeugung der Wirbelsäule gelingt es, einen bedeutenden mechanischen Effect auf das Rückenmark, seine Hüllen und wohl auch auf das Gehirn auszuüben. Das Rückenmark und dessen Hüllen werden dabei wie über eine Rolle gespannt. Der Sack der Dura wird in die Länge gezogen, abgeplattet und in seinem Lumen verkleinert; es erfolgt dabei Abfluss des Arachnoidalwassers nach dem Gehirn, Compression und geringe Entleerung der Piagefässe, stärkere Füllung der Venen des Wirbelkanals, gleichzeitig aber auch Zug an den grossen Nervenstämmen, welcher in der Richtung nach dem Wirbelkanal zu geht. Eine solche Dehnung wird wesentlich unterstützt durch die Manipulationen der unblutigen Dehnung, resp. durch eine Haltung der Extremitäten, welche die Contraextension sichert.

Die vom Verf. vorgeschlagene „Technik der Rückenmarksdehnung am Lebenden" stützt sich auf die eben erwähnten anatomischen Thatsachen. — Der Kranke sitzt

auf einem festen Tisch, seine Kniee werden gestreckt gehalten, Kopf und Brust werden nach den unteren Extremitäten zu gebeugt. Soll die Dehnung des Rückenmarks noch weiter gehen, so werden die ausgestreckten Schenkel so gehoben, „als wenn man sie neben dem Kopfe nach oben führen wollte". — Die Kraft kann übrigens auch am unteren Ende der Wirbelsäule angreifen, — es sollen dann die in den Knieen gestreckt gehaltenen beiden Extremitäten des mit dem Rücken flach auf dem Tische liegenden Patienten ohne Fixation des Beckens gehoben und die Wirbelsäule gewissermaassen gegen den Kopf zusammengerollt werden. Der Verf. warnt vor forcirten Eingriffen, räth ohne Chloroformnarcose zu dehnen.

In einem Nachtrage theilt er noch die genauen Maasse mit, die er bei späteren Dehnungsversuchen an der Leiche erhalten hat: Der Durasack hatte sich bei mässiger Flexion der Wirbelsäule auf eine Strecke von 12,5 cm gedehnt, bei stärkerer Flexion betrug die Zunahme 7 mm. Die Substanz des Markes selbst nimmt vollständigen Antheil an der Dehnung der Hüllen, die Verlängerung des Rückenmarks beträgt etwa 4—8 %. — Die durch Flexion bedingte Verlängerung des Markes wird durch hinzutretenden Zug der Nerven nur um ein Geringes verstärkt, daher glaubt der Verf., dass der Zug an den Nerven für die praktische Verwendung meist zu entbehren sein dürfte, höchstens sollten die Extremitäten etwas gespannt gehalten werden. Zum Schluss bespricht H. die Dehnungen, welche möglicher Weise unter physiologischer Breite stattfinden und Stoffwechsel sowie Circulation im Centralnervensystem günstig zu beeinflussen im Stande seien, — und andererseits betont er, dass die Klage über „Spannungsgefühle", über Empfindungen, „als ob am Körper etwas zu kurz sei", auf moleculare Veränderungen zurückzuführen seien, welche die Dehnungsfähigkeit der nervösen Substanz im Rückenmark und vielleicht auch in den peripheren Nerven herabgesetzt hätten. Laquer.

---

21) **On nerve-stretching for the relief or cure of pain** by J. Marshall. (British med. Journ. 1883. Dec. 15.)

In dieser dem Andenken Bradshaw's gewidmeten Rede giebt Verfasser ein Referat über die bisherigen Erfahrungen über die Nervendehnung mit specieller Rücksicht auf die erzielten Erfolge bei Neuralgien. Den schmerzstillenden Effect dieser modernsten Operation, der in nicht wenigen Fällen zu beachten ist, glaubt Verf. in etwas doctrinärer Weise auf eine Zerreissung der „Nervi nervorum" zurückführen zu können; eine allerdings ganz schematische Zeichnung dient zur Unterstützung dieser Hypothese. Beachtenswerth sind im Uebrigen die tabellarischen Zusammenstellungen über die Elasticität und die Zugfestigkeit lebender wie todter Nerven: eine Zugkraft von 30 Pfund wird selbst auf einen pathologisch alterirten Ischiadicus ohne Bedenken angewendet werden können, während unter normalen Verhältnissen eine Zerreissung erst bei einer Belastung von über 180 Pfund zu erwarten ist. Die Literatur der Nervendehnung ist sorgfältig benutzt: wesentlich Neues ist sonst freilich nicht zu finden, in einer Festrede aber auch nicht zu suchen. Sommer.

---

22) **Chorea minor, Arsenbehandlung, Herpes Zoster** von Dr. Johann Bóckai. (Orvosi Hetilap. 1883. Nr. 20. Durch Pester med.-chir. Presse und Deutsche Med. Zeitg. S. 585.)

Bei 3 mit Fowler'scher Lösung behandelten Choreakranken trat Herpes zoster auf, und zwar, nachdem die erstere bereits bedeutend gebessert oder ganz gehoben war. B. bringt den Herpes mit Arsenintoxication zusammen und erwähnt, dass auch Hutchinson bei Arsenbehandlung 17mal (darunter einmal bei Chorea) Herpes zoster beobachtet hat. M.

III. Aus den Gesellschaften.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Sitzung den 10. März 1884.

Oppenheim: Der Patient, der sich Ihnen hier vorstellt, ist 32 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie und war gesund bis vor $2^1/_2$ Jahren. Damals empfand er plötzlich ein Gefühl von Taubsein und Kribbeln auf der ganzen rechten Körperhälfte, das auch in der Folgezeit bestehen blieb, aber sich dann im Wesentlichen auf den rechten Arm und die rechte Rumpfhälfte beschränkte. Er wurde ferner gewahr, dass die rechte wie linke Oberextremität unempfindlich gegen schmerzhafte Eingriffe wurden, dass auch das Gefühl in den unteren Partien des Gesichtes (beim Rasiren bemerkt) abgestumpft sei, dass er kein rechtes Gefühl davon hatte, wenn er mit den Händen Eisstücke berührte oder die Hände an den warmen Ofen brachte. $^1/_2$ Jahr nach Beginn des Leidens wurde eine Atrophie der kleinen Handmuskeln der linken Hand beobachtet, die allmählich zunahm. Endlich fiel es dem Patienten auf, dass sich von Zeit zu Zeit Bläschen von Kirschkerngrösse auf den beiden Endphalangen des 2. und 3. Fingers rechts entwickelten, welche platzten und schlecht heilende Geschwüre hinterliessen.

Die wesentlichen Beschwerden des Pat. sind gegenwärtig das „kalte Brennen" in beiden oberen Extremitäten, besonders in der rechten, sowie die Schwäche in der linken Hand. Keinerlei Schmerzen. Die objective Untersuchung ergiebt:

1. Abstumpfung der Sensibilität in allen Qualitäten an beiden oberen Extremitäten, dem Rumpf, dem Hals, der Unterkiefergegend des Gesichts, den Ohren, der Hinterkopf und Scheitelgegend. Diese Störung ist in der rechten Körperhälfte intensiver ausgesprochen, als in der linken. Tastsinn, Drucksinn, Kraftsinn, Ortssinn sind deutlich stark herabgesetzt, am meisten hat Schmerzgefühl und Temperatursinn gelitten. Intact ist das Muskelgefühl. Am stärksten ist die Anästhesie an den Händen ausgeprägt. Der faradische Pinsel erzeugt bei vollständig geschlossenen Rollen hier keine Schmerzempfindung.

2. Beide Hände, sowie der untere Theil der Unterarme sind blauroth verfärbt und fühlen sich kühl an.

3. Das Spatium inteross. I, der Daumenballen, der Kleinfingerballen, weniger deutlich die übrigen Spatia interossea der linken Hand sind abgeflacht (Entartungsreaction der betreffenden Muskeln). Stellung der Finger entspricht der Atrophie und Lähmung der Interossei. Druck der linken Hand schwach. Die Finger können nicht gespreizt werden etc.

4. An den Endphalangen des 2. und 3. Fingers der rechten Hand kleine rundliche Narben (Reste der abgeheilten Geschwüre).

Es besteht keine Ataxie. Gesicht, Geruch, Geschmack und Gehör zeigen keine Abweichungen von der Norm.

Psychisch nichts besonderes.

Allgemeinbefinden gut.

Die Unterextremitäten bieten hinsichtlich Mobilität und Sensibilität normale Verhältnisse.

Die Kniephänomene sind gesteigert.

Stuhl retardirt.

Urinentleerung ungestört.

Es handelt sich um eine durchaus chronisch verlaufende Erkrankung des Rückenmarks im Cervical und Dorsaltheil, welche die den sensibeln, trophischen und vasomotorischen Functionen vorstehenden Bahnen betrifft.

Es ist anzunehmen, dass wesentlich die graue Substanz von dem krankhaften Prozesse ergriffen ist und zwar rechts besonders die hinteren Partien, links sind die grauen Vordersäulen in Mitleidenschaft gezogen. Ein Mitergriffensein der Vorderseitenstrangbahnen ist auszuschliessen.

Ueber die Natur des Prozesses lassen sich nur Vermuthungen aufstellen. Redner erinnert an die grosse Aehnlichkeit dieses Krankheitsbildes mit einigen anderen in der Literatur enthaltenen, in denen sich p. m. **Syringomyelie** fand.

A. Richter, Dalldorf: **Ueber Anomalien der Rolando'schen Furche.** — Bei Dolichocephalen verliefen die Furchen und Windungen mehr sagittal, bei Brachycephalen mehr coronar; an Idioten findet man dieses Verhältniss häufig sehr ausgesprochen. Bei vorliegender Windungsatypie höheren Grades ist auch an abnorme Functionirung des Gehirns zu denken. Das Interesse, welches man von jeher der Rolando'schen Furche zuwandte, ist rein äusserlich durch ihre Lage und ihre Constanz bedingt. Ueberbrückungen derselben galten als grosse Seltenheiten. Der erste, welcher eine solche beschrieb, ist R. Wagner (Ueber die typischen Verschiedenheiten der Windungen der Hemisphären. 1860); nach ihm ist sie öfter beobachtet. Der Vortr. demonstrirt nun 5 Hemisphären mit derartigen Ueberbrückungen: die erste, von einem Paralytiker, zeigt sie tief unten; die zweite, von einem Geistesgesunden, zeigt sie hoch oben; die dritte, von einem Paralytiker, zeigt sie in der Mitte ihres Verlaufes, dabei communicirt zu Folge einer Einkerbung der vorderen Centralwindung die untere Hälfte der Rolando'schen Furche mit der obersten Stirnfurche; die vierte, von einer Idiotin, zeigt sie im oberen Viertel, dabei communicirt ebenfalls zu Folge einer Einkerbung der vorderen Centralwindung der obere abgeschnittene Theil der Rolando'schen Furche gleichfalls mit der obersten Stirnfurche; die fünfte zeigt sogar zwei Ueberbrückungen der Rolando'schen Furche; eine derartige Beobachtung wurde noch nicht beschrieben; die Hemisphäre entstammt einem idiotischen Kinde. Ferner besitzt der Vortr. die Hemisphäre eines Epileptikers, welche eine Ueberbrückung tief unten zeigt. Bifurcationen der Rolando'schen Furche, sei es oben, sei es unten, bezeichnet der Vortr. als häufige Vorkommnisse, Annahme von drei Centralwindungen und zwei Centralfurchen an einzelnen windungsreicheren Hemisphären, wie es Giacomini in seinem Buche thut, bezeichnet er als eine gesuchte Deutung einfacher aufzufassender Verhältnisse; er besässe eine Anzahl solcher Hemisphären, in die man, wenn man wolle, recht gut drei Centralwindungen und zwei Centralfurchen hineindeuten könne; der Vortr. demonstrirt auch ein solches Präparat. Bei fehlender marginaler Endigung des Sulc. call. marg. bestimme man die Rolando'sche Furche besser vom Operculum aus, indem man von diesem die unterste Stirnwindung und den Gyr. supramargin. abziehe, was übrig bleibe seien zu allermeist die Centralwindungen mit der Centralfurche. Eine wirkliche Communication der Rolando'schen Furche mit der Sylvi'schen, bei der man doch aus der Rolando'schen Furche in die Tasche, welche Operculum und Insel mit einander bilden, fallen müsse, sah der Vortr. nie. Communicationen der Rolando'schen Furche mit Stirn- oder Scheitelfurchen zu Folge Einkerbungen der Centralwindungen bezeichnet der Vortr. als durchaus nicht selten. Endlich demonstrirte der Vortr. noch das ganze Gehirn einer verbrecherischen Epileptischen, dessen beide Centralfurchen sich durch auffällige Ausbuchtungen, namentlich nach vorn hin, auszeichneten.

Oppenheim: **Aetiologie der Tabes.** Die ätiologische Beziehung der Syphilis zur Tabes ist in jüngster Zeit von Erb mit grösster Entschiedenheit betont worden. Redner hat 86 Fälle der Tabes dorsalis zusammengestellt, davon sind 56 Männer, 30 Frauen. Syphilitische Infection jedweder Art wird geleugnet und es fehlt anamnestisch wie diagnostisch an jedem darauf hinweisenden Moment in 51 Fällen. 9mal hat ein Ulcus molle längere oder kürzere Zeit vor Ausbruch der Tabes bestanden, in 11 Beobachtungen ein Ulc. dur. ohne Secundärerscheinungen. In 6 Fällen wird specifische Infection geleugnet, aber Aborte, Frühgeburten, Frühtod der Kinder etc. machen eine syphilitische Erkrankung wahrscheinlich. Nur in 9 Beobachtungen folgten der Primärinfection secundäre Erscheinungen und zwar fast immer solche der leichtesten Art; in einer derselben hat Reissen in den unteren Extremitäten 2 Jahre vor der

Infection schon bestanden. Nur in einem von den 86 Fällen sind gegenwärtig Zeichen constitutioneller Syphilis vorhanden.

O.'s Statistik spricht nicht zu Gunsten einer Entstehung der Tabes aus geschlechtlichen Excessen.

Nachforschung bezüglich der Heredität wurden in 50 Fällen angestellt und nur 5mal konnte ein hereditäres Moment (in weitestem Sinne des Wortes) constatirt werden.

Erkältung spielt in der Aetiologie der Tabes dorsalis eine grosse Rolle; weit seltener ein einmaliger intensiver Erkältungseinfluss als die dauernde Einwirkung von Kälte und Nässe und der Witterungsunbilden überhaupt. Dauernde und intensive Erkältungseinflüsse wurden in 30 Fällen nachgewiesen. Meistens verbindet sich diese Schädlichkeit mit körperlichen Strapazen und letztere werden ausserdem noch als alleinige Ursache vielfach angeschuldigt.

Einmal schloss sich an ein Trauma eine Erkrankung des Nervensystems an, die im Wesentlichen unter dem Bilde der Tabes dorsalis verlief, die Autopsie lehrte, dass es jedenfalls sich nicht um einen reinen Fall von grauer Degeneration der Hinterstränge handelt.

Endlich wird ein Fall erwähnt, in welchem sich unmittelbar an eine Leuchtgasvergiftung typische gastrische Krisen anreihten, später trat der ausgeprägte tabische Symptomencomplex hinzu.

Unter 70 Patienten der Syphilis-Abtheilung der Charité, deren Primärinfection mindestens 5 Jahre zurückliegt, fehlten nur bei einem einzigen die Patellarphänomene ohne sonstige tabische Zeichen.

Mitergriffensein der Hirnnerven, vor Allem der Augenmuskelnerven, Schwindel-Ohnmacht apoplectiforme Anfälle etc. werden ebenso häufig bei nicht specifisch, wie bei specifisch inficirten Tabeskranken beobachtet. Bei dieser wie jener Gruppe können sie vorhanden sein oder fehlen, nur angedeutet oder sehr intensiv ausgeprägt sein.

Halten wir die statistischen Resultate der verschiedenen Autoren zusammen, so müssen wir uns zu der Ansicht verstehen, dass eine Reihe verschiedener Ursachen: Erkältung, körperliche Strapazen, vielleicht die Syphilis und uns noch nicht bekannte Momente zur Tabes dorsalis führen können, dass wir es aber dem Krankheitsbilde absolut nicht ansehen können, aus welcher der Ursachen die Tabes hervorgegangen.

Discussion: Herr Bernhardt hat seit October 1883 12 neue Fälle von Tabes beobachtet und muss Herrn O. zustimmen, wenn derselbe sagt, dass dieser Krankheit sicher viele ätiologische Momente zukommen; aber B. findet doch überraschend häufig die Thatsache, dass Tabische syphilitisch gewesen sind. Unter seinen 12 neuen Fällen waren 7 Privatkranke: diese waren alle syphilitisch gewesen; von den 5 poliklinischen Kranken 3 bestimmt auch, und 2 zweifelhaft.

Herr G. Lewin findet es auffallend, dass Fournier so viele Tabiker unter seinen Kranken gehabt hat, denn auf L.'s Klinik kommt nur sehr selten einer vor. — Auch bekommt man von den Kranken oft fälschlicher Weise die Angabe, dass sie syphilitisch gewesen sind, und selbst der Umstand, dass ein Kranker Hg gebraucht hat, ist noch kein Beweis. Ferner liegen sicher bei solchen, die syphilitisch gewesen sind und Tabiker wurden, oft andere ätiologische Momente vor, die schwer in's Gewicht fallen, besonders Erkältungen. — L. hat in allen Fällen — mit Ausnahme eines einzigen — von dem Gebrauche specifischer Mittel keinen günstigen Einfluss auf den Verlauf von Tabes gesehen; und jene einzige Ausnahme betraf einen Kranken (im Sommer 1883), der anscheinend die Initialsymptome der Tabes hatte. — Dass aber bei sicherem Ausschluss von Syphilis Tabes aus anderen Gründen vorkommt, bewiesen 2 Fälle von Romberg, Stubenbohner betreffend, welche vielfach bei grosser körperlicher Anstrengung sich starke Erkältungen zugezogen hatten. — Auch hat L. einmal einen Kranken gehabt, der, noch syphilitisch, an beginnender Tabes litt. Dieser wohnte aber in einem Zimmer mit stark arsenikhaltiger Tapete. Hier trat Heilung ein; aber vielleicht ist hier an einen Zusammenhang von Arsen und Tabes zu denken.

Herr Westphal: Wenn die Herren Oppenheim und Bernhardt auf Grund ihrer Statistik zu dem Resultate kommen, dass es sehr verschiedene Ursachen der Tabes giebt, so möchte W. gerade daraus den Schluss ziehen, dass vielleicht keine von allen den angeblichen vielen Ursachen die richtige sei. Herrn Bernhardt's Zahlen sind wohl zu einer Schlussfolgerung zu klein. Nicht recht verständlich ist es Westphal, wie Erb aus dem Bestehen von Augenmuskellähmungen eine Stütze für die Syphilis-Aetiologie entnehmen kann. Denn die wirklich syphilitischen Augenmuskellähmungen beruhen in der Regel auf ganz anderen anatomischen Veränderungen (Gummata) und gehen bei entsprechender Behandlung zurück; bei Tabes aber stellen sie etwas ganz Anderes dar. Sie kommen ja auch in ganz analoger Weise bei multipler Sklerose vor und zwar in Fällen, wo Syphilis als ätiologisches Moment nicht in Anspruch genommen wird. In Betreff der Statistik ist übrigens doch auch darauf aufmerksam zu machen, dass es doch nicht angeht, aus vorgekommenen Aborten ohne Weiteres den Rückschluss auf Syphilis zu machen. Ein vielleicht einziger Fall, in welchem ein Gumma im Gehirn zusammen mit einer Degeneration eines Theiles der Hinterhörner vorkam, ist von W. selbst beobachtet worden, also in der That Hinterstrangsdegeneration bei einem Syphilitischen; hier aber war die Natur der Erkrankung der Hinterstränge eine ganz andere als bei der Tabes und so spricht dieser Fall eher gegen als für die Erb'sche Annahme. Jedenfalls scheint W. so viel unzweifelhaft, dass die pathologische Anatomie bis jetzt keinen Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis erkennen lässt. Denn bei der so grossen Zahl von Sectionen Tabischer müsste doch wohl öfter neben dem Rückenmarksbefunde ein anatomisches Zeichen von Syphilis gefunden werden; das ist aber nur ganz ausnahmsweise der Fall. Die Anamnese allein ist zu unzuverlässig. Zudem ist der Erfolg einer specifischen Therapie immer negativ.

Herr Remak: Nach Erb sind in London doch bei 8 Autopsien von Tabikern 3mal andere syphilitische Erscheinungen gefunden. — Seine Statistik will R. später mittheilen; er will nur bemerken, dass es ihm das Beste scheint, bei derselben die Frauen ganz wegzulassen, weil bei ihnen die Anamnese zu unzuverlässig ist. — Wünschenswerth wäre es, wenn die Syphilidologen zusammenstellen wollten, wie viele ihrer Kranken denn tabisch werden, wie es z. B. Reumont in Aachen gethan (dessen Diagnosen R. allerdings nicht immer zustimmen kann). Nach Reumont bekamen von 3600 Syphilitischen etwa 290, d. h. 8,5 %, Affectionen des Nervensystems; darunter litten 69 an anderen Rückenmarkskrankheiten, nur 40 an Tabes, also nur 1,6 % aller Syphilitischen. Das ist doch sehr wenig, denn danach würde ja die Syphilis bei anderen Rückenmarkskrankheiten eine bedeutendere Rolle spielen, als bei Tabes. — Der Zusammenhang, wie Erb ihn annimmt, dürfte doch wohl nicht vorhanden sein.

Herr G. Lewin: Ich habe seit 1865 etwa 800 meiner syphilitischen Kranken genau verfolgt, aber ich habe nur 5 von ihnen auf der Nervenabtheilung wiedergefunden und von diesen litt keiner an Tabes.

Die weitere Discussion wird vertagt. Hadlich.

IV. Personalien.

Unser Mitarbeiter Herr Dr. Moeli wurde zum Oberarzt der städtischen Irrenanstalt in Dalldorf gewählt.

V. Vermischtes.

Alcohol im Gehirn von Leichen von Kuijper. (Ztschr. f. analyt. Chem. XXII, 347 durch Arch. d. Pharm.)

Die Ansichten in Betreff des Vorhandenseins und der Menge des Alcohols in dem menschlichen Gehirn nach dem Genusse von alcoholischen Getränken gehen bekanntlich noch

sehr auseinander; wenn es sich aber bei Auffindung einer Leiche um die Beurtheilung handelt, ob ein Verbrechen oder ein Unglücksfall vorliegt, wird es oft von Wichtigkeit sein, feststellen zu können, ob die betreffende Person vorher alcoholische Getränke zu sich genommen event. im Zustande der Trunkenheit sich befunden hat. Kuijper hat wiederholt den ersteren Nachweis geliefert und in einem Falle auch aus der Menge des gefundenen Alcohols die Möglichkeit, sogar Wahrscheinlichkeit abgeleitet, dass der Genuss der Alcoholica in solchem Maasse stattgefunden habe, dass Trunkenheit die Folge davon gewesen ist. Er führte diesen Nachweis unter Benutzung des Magen-Inhaltes nicht nur, sondern auch, wie schon angedeutet, unter Verwendung des Gehirns. Die der Leiche entnommenen Untersuchungsobjecte wurden mit ein wenig kohlensaurem Natron neutralisirt und bei sorgfältigst geleiteter Abkühlung der Destillation aus einem Oelbade unterworfen. Es konnten so das eine Mal 3,4 cc und ein anderes Mal 1,04 cc Alcohol im Gehirn nachgewiesen werden; im ersteren Falle war die Leiche allerdings nur wenig über einen Tag alt.

(D. Med. Zeitg. 1884. Nr. 4.)

Die Gebrüder Labitte, welche die bekannte grosse Privatirrenanstalt in Clermont (Oise) besassen, haben dieselbe für 4 Millionen Fr. verkauft. M.

Todesfälle durch Anästhetica. Nach einer tabellarischen Zusammenstellung von Dr. Jacob im „British med. Journ." vom 23. Februar 1884 sind im Jahre 1883 in Grossbritanien 13 Todesfälle durch den Gebrauch von Anästheticis bei Operationen bekannt geworden. Nicht weniger als 11 gehören dem Chloroform allein an; je einmal war Stickstoffoxydul und eine Combination von Chloroform mit Aether benutzt worden. Aether allein hat keinen Todesfall bedingt, obschon er in England bekanntlich weit häufiger als das Chloroform, angewendet wird. Sommer.

Die Commission der französischen Legislative, die sich mit der Reform der Irrengesetzgebung beschäftigt, hat in einer Subcommission die Frage, betreffend die Verwaltung der Irrenanstalten, berathen lassen. Der Bericht liegt vor. Referent ist der Abg. Bourneville.

Wir ersehen aus demselben, dass von 46 öffentlichen Irrenanstalten 32 unter Direction eines Arztes, 12 unter Direction eines Verwaltungsbeamten, 2 unter der von Aerzten, die von ärztlichen Pflichten entbunden sind. Es wird mit vollem Recht ausgeführt, dass in Zukunft nur Aerzte Directoren von Irrenanstalten sein sollen. Doch sollen da, wo nur ein Chefarzt ist, administrative und ärztliche Functionen in ihm vereinigt sein; wo mehrere Chefärzte sind, sollen die Functionen des Chefarztes und des Administrators getrennt sein.

Zu der zweiten Klasse sollen die grossen Irrenanstalten des Seinedepartements gehören.

Die auch in Deutschland erhobene, wohl nur zum Theil berechtigte Klage, dass die Aerzte, die Directoren von Irrenanstalten sind, entweder ihre ärztliche und wissenschaftliche Aufgabe hintenanstellen, oder sich administrativ insufficient zeigen, kehrt auch in dem Bericht wieder. Es soll, um der Ueberladung mit administrativen Geschäften vorzubeugen, ein tüchtiger Directionssecretair den Aerzten da beigegeben werden, wo sie gleichzeitig administrative Directoren sind. Um dem Streite in den Anstalten vorzubeugen, wo mehrere Chefärzte sind, soll ein Administrationsrath aus diesen gebildet werden.

Der „Administrator" verwaltet unter der Autorität des Präfecten und unter der Controle jenes Administrationsraths die Anstalt. Der Administrator muss 30 Jahr sein, das juristische Examen gemacht haben, 5 Jahr bereits in einer Präfectur 1. Klasse thätig gewesen sein etc. M.

Preisaufgaben. Die Rivista di discipline carcerarie hat für das Jahr 1884 (Zusendung an das Ministerium des Innern bis 31. Dec. 1884) 3 Preisaufgaben ausgeschrieben, von denen die erste zum internationalen Concurs gestellt ist. Die erste Arbeit soll die Fortschritte der criminellen Anthropologie in diesem Jahrhundert, ihre Theorien, die Thatsachen und Statistik derselben darstellen (Preis: 2000 Fr.); die zweite und dritte, nur für Italiener gestellt, soll die rückfälligen Verbrechen, resp. das Alter, in dem der freie Wille beim Menschen sich ausbildet, die Bedingungen desselben und seine eventuelle Kräftigung behandeln. M.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 15. April. No. 8.

Inhalt. I. **Originalmittheilungen.** Ueber progressive atrophische Lähmungen, ihre centrale oder periphere Natur von **C. Eisenlohr** (Schluss).

II. **Referate.** Anatomie. 1. Sulla fina anatomia dei corpi striati del **Marchi.** 2. Ueber den Axencylinder markhaltiger Nervenfasern von **Kupffer.** — Experimentelle Physiologie. 3. Das Wesen der elektr. Oeffnungserregung von **Grützner.** 4. Beziehung der sog. peripheren Gleichgewichtsorgane zu dem Kleinhirn von **Bechterew.** — Pathologische Anatomie. 5. Zum Studium der Porencephalie von **Lambl.** — Pathologie des Nervensystems. 6. Du rôle de l'hérédité nerveuse dans la genèse de l'ataxie locomotrice progressive par **Landouzy et Ballet.** 7. Multiple degenerative Neuritis von **Vierordt.** 8. Étude sur le nervo-tabes périphérique par **Déjérine.** 9. Zur patholog. Anatomie und Histologie der Beri-Beri von **Scheube.** 10. Lathyrisme et Béribéri par **Marie.** 11. Primäre Seitenstrangsklerose nach Lues von **Minkowsky.** 12. Amyotrophic lateral sclerosis by **Coxwell.** 13. On the relation of the „Aura" giddiness to epileptic seizures by **Beevor.** — Psychiatrie. 14. Vom Bewusstsein in Zuständen sog. Bewusstlosigkeit von **Pick.** 15. Contribuzione alla casuistica della inversione dell'istinto sessuale del **Cantavano.** 16. Conträre Sexualempfindung von **Krafft-Ebing.** 17. A case of general Paralysis in a Woman by **Cowan.** 18. Paretic Dementia in Females, with report of a case, by **Clavenger.** — Therapie. 19. Nervendehnung bei Tabes dorsalis von **Rosenstein.** 20. Fractura cranii comminuta et complicata cum depressione. Operationhelsa af **Bolling.** 21. Hyoscyamine in the treatment of insanity by **Brower.** — Forensische Psychiatrie. 22. The case of Diedrich Mahnken, the insane murderer of D. Steffens by **Gray.** — Anstaltswesen. 23. Thirty-second Report of Inspectors of Irish Asylums 1883. 24. Twenty-fifth annual Report of the General Board of Commissioners in Lunacy for Scotland 1883. 25. Thirty seventh Report of the Commissioners in Lunacy; March 31. 1883.

III. **Aus den Gesellschaften.**

IV. **Vermischtes.**

I. Originalmittheilungen.

Ueber progressive atrophische Lähmungen, ihre centrale oder periphere Natur.

Von Dr. **C. Eisenlohr** in Hamburg.

(Schluss.)

Die Diagnose war intra vitam auf eine Affection der vorderen grauen Substanz des Rückenmarks gestellt worden, ohne eine leichte Mitbetheiligung der weissen Stränge auszuschliessen. Eine selbstständige multiple degenerative

Neuritis war sehr eingehend erwogen, aber in Anbetracht des vollständigen Fehlens jeder Druckempfindlichkeit der Nerven und Muskeln, der sehr zurücktretenden Sensibilitätsstörungen zurückgewiesen worden.

Section 16 Stunden post mortem.

Hydrops anasarca der Extremitäten. Partielle Obliteration beider Pleurahöhlen, pleuritisches Exsudat links. Ausgedehnte peribronchitische, theilweise verkäste und zerfallene Herde in beiden Lungen. Miliartuberkel in beiden Lungen, Pleuren und Bronchialdrüsen. Trübung des Herzfleisches. Mässige frische Milzschwellung, Fettleber; trübe Schwellung der Nieren. Nichts Abnormes im Darmtractus.

Die Zwerchfellmusculatur blassroth, sehr schlaff. Die Muskeln der Extremitäten ödematös und ebenfalls blass.

Hirn und Hirnhäute ohne Veränderung. Pia spinalis zart, im unteren Abschnitte auf der hinteren Fläche mit einzelnen kleinen Knorpelplättchen. Arachnoidalflüssigkeit etwas vermehrt.

Das Rückenmark durchweg schlaff anzufühlen, mit Ausnahme des untersten Abschnitts; am weichsten ist der obere Brusttheil, von hier nach oben und unten zunehmend bessere Consistenz.

Auf dem Querschnitt ist die Zeichnung der grauen Substanz zwar überall noch deutlich erkennbar, doch verwaschen. In den Hintersträngen macht sich eine durchaus nicht scharf begrenzte und den Ort verschiedentlich wechselnde graubraune Verfärbung bemerklich.

Die Section wurde während meiner Abwesenheit vorgenommen; die Herren Dr. Gläser und Hermann hatten die Güte, mir Rückenmark und Medulla oblongata, die Nervenstämme der rechten oberen Extremität mit zahlreichen Muskeln und den rechten Ischiadicusstamm mit seinen Ursprüngen aus dem Sacralplexus vom Austritt aus dem Wirbelkanal an, mit seinen Muskelverzweigungen am Unterschenkel und den betreffenden Muskeln selbst aufzubewahren. Ich konnte an den in Müller'scher Flüssigkeit conservirten Präparaten von Nerven und Muskeln nach ca. 3 Wochen die Untersuchung vornehmen. Musste ich so allerdings darauf verzichten, das feinere anatomische Geschehen an den einzelnen Elementen zu verfolgen, so will ich doch bemerken, dass die Constatirung der gleich zu beschreibenden Veränderungen an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig liess.

Es ergab sich, um das Resultat gleich vorweg zu nehmen, in dem seiner Länge nach successive von unten nach oben untersuchten Ischiadicusgebiet eine je mehr peripher, desto intensivere Degeneration, während die centraleren Partien des Nervenstammes mehr und mehr, je weiter nach oben, normale Beschaffenheit annahmen. So zeigten verschiedene intramusculäre Zweige des N. tibialis fast nur schollig und körnig zerfallene, fettig degenerirte und total atrophische Nervenfasern, im Stamme des N. peroneus und tibialis überwog die Menge der degenerirten Fasern ebenfalls noch ausserordentlich. Im untersten Abschnitt des compacten Ischiadicusstammes fand man ebenfalls in beliebigen Bündeln noch massenhaft körnig zerfallene

Nervenfasern. Hier waren auch einzelne kleine Gefässe des Endoneurium mit Körnchenzellen bedeckt. Wenige Centimeter oberhalb der eben genannten Stelle macht sich schon eine auffallende Abnahme der Degeneration geltend, obwohl noch immer ohne Mühe degenerirte Fasern nachzuweisen waren. In höher gelegenen Abschnitten des Ischiadicusstammes konnte man nur noch vereinzelte degenerirte Fasern auffinden. In den Stämmen des Plex. sacralis war von Degeneration nichts mehr zu sehen. In den intramusculären Aestchen der Nerven der rechten oberen Extremität fand sich eine im Allgemeinen viel weniger verbreitete Degeneration; einzelne Aestchen verhielten sich überwiegend normal, andere waren wieder so stark degenerirt, wie die Zweige des N. tibialis.

An den grossen Nervenstämmen des rechten Arms fand sich keine Degeneration vor. Die vorderen Wurzeln in Hals- und Lendenanschwellung verhielten sich normal.

Was die Muskeln betrifft, so fand sich in denjenigen der oberen Extremität eine nur wenig verbreitete Veränderung; die Hauptmasse der Musculatur von Schulter und Oberarm, wie von der Beugeseite des Vorderarms verhielt sich auch histologisch normal. Doch zeigten sich auch überall verschmälerte und atrophische Fasern. Ganz anders verhielten sich die Muskeln des rechten Unterschenkels. Hier hatten tiefe histologische Veränderungen Platz gegriffen, zahlreiche Muskelfasern waren in schollige Bruchstücke zerfallen, die Querstreifung verschwunden, die Muskelkörperchen vermehrt, viele Fasern enthielten körnige Zerfallsproducte, andere waren extrem verschmälert. Das Perimysium internum vielfach der Sitz von Zellwucherung. An einzelnen Stellen zeigt sich ein sehr stark gefülltes intramusculäres Capillarnetz.

Im Rückenmark, das sorgfältig in allmählich concentrirteren Lösungen von Chromsalzen gehärtet wurde, liess sich zunächst und durchgehend eine vollkommen normale Beschaffenheit der weissen Stränge sicher stellen. Ebenso erwiesen sich die intramedullären vorderen Wurzeln in allen Höhen speciell im Hals- und Lendentheil vollkommen intact. Und auch vom grössten Theil der grauen Substanz, speciell der Vorderhörner, gilt dasselbe. Die mit den üblichen Färbungsmethoden und speciell auch der Weigert'schen Säurefuchsinfärbung behandelten Schnitte verhielten sich, was Aussehen der Grundsubstanz, Zahl und Deutlichkeit der durchziehenden stärkeren und Klarheit des Netzes der feineren Nervenfasern betrifft, in allen Querschnittshöhen ganz wie ein normales Rückenmark. Von irgend welcher Gefässveränderung, Körnchenzellenbildung oder Kernvermehrung keine Spur. Dagegen boten die grossen multipolaren Ganglienzellen der Vorderhörner oder wenigstens eine grössere Zahl derselben im Sacral- und Lendentheil nicht zu verkennende Alterationen. Die auffallendste derselben war eine auf jedem Schnitt in den genannten Höhen an mehreren Exemplaren zu constatirende Vacuolenbildung und Vacuolendegeneration. Dieselbe präsentirte sich in verschiedenen Formen, von dem bekannten Auftreten einzelner, meist runder Vacuolen im Protoplasma der Ganglienzelle bis zu vollkommener Ausfüllung des Leibes derselben mit 6—10 glashellen bläschenförmigen Gebilden. Oder

es zeigte sich der Leib der Ganglienzelle blasig aufgetrieben, zu abenteuerlichen Formen verzerrt, wasserhell und das gefärbte Protoplasma zu dünnen contourirenden Linien verschmälert oder in blassen präcipitirten Resten eingesprengt. In diesen Ganglienzellen fehlte auch meist der Kern, während dieser in den auch reichlich mit Vacuolen durchsetzten meist noch unverändert zu erkennen war. Ebenso mangelten diesen Zellen öfter, aber durchaus nicht immer die Fortsätze. Exemplare dieser markirten Veränderung fanden sich in allen Regionen der Vorderhörner zerstreut, 4, 6 und mehr in jeder Querschnittshälfte. Aber auch viele der übrigen Vorderhornzellen ohne Vacuolenbildung boten bei genauer mikroskopischer Prüfung unverkennbare Anomalien. Zunächst war das ganz ungleiche Färbungsvermögen auffallend, das sowohl die verschiedenen Zellen, als die einzelnen Segmente derselben Zelle für die Tinctionsflüssigkeiten hatten und das unzweifelhaft über die normalen Unterschiedsgrenzen hinausging. Besonders aber muss, bei tadelloser Härtung, ein eigenthümliches Verwaschenwerden der Contour des Zellenleibes, oft nur an einem Pol oder einer Seite mit Verschwinden der entsprechenden Fortsätze als anomal bezeichnet werden. Eine auffallende Verkleinerung fand sich an nur wenigen Zellen, Pigmentablagerung und Pigmentatrophie gar nicht. Die Nuclei und Nucleoli meist sehr gut erhalten; nirgends Spuren von Theilung.

Wie erwähnt, fand sich die genannte Veränderung in voller Deutlichkeit im ganzen Sacral- und Lumbaltheil, vom obersten Lumbalmark an nahm die Veränderung nach oben sehr schnell ab und es fanden sich in der Höhe des 12. Dorsalnerven nur ganz vereinzelte Zellen mit Vacuolenbildung. Durch den ganzen Dorsaltheil konnte in der vorderen grauen Substanz eine Anomalie nicht festgestellt werden. Dagegen tauchten in der Gegend des untersten Halsnerven wieder vereinzelte Ganglienzellen mit Vacuolenbildung in verschiedenen Regionen der Vorderhörner auf. Und dieses Vorkommen wiederholte sich in den zwischen dem 8. und 4. Cervicalnerven liegenden Abschnitt des Halsmarks, aber in einer viel weniger auffallenden Weise als im Lumbalmark. Wenn auch kaum ein Querschnitt aus der genannten Region ohne wenigstens eine Zelle mit Vacuolen (auch hier bis zu 10 in einer Zelle) war, so blieb diese eine auch oft die einzige, während die übrigen eben nichts besonderes in ihrem Aussehen darboten. Es sei wiederholt, dass die zwischenliegende graue Substanz und das nervöse Fasernetz derselben, wie die einstrahlenden vorderen Wurzelfasern hier wie im Lumbalmark intact erschienen. Im oberen Halstheil, sowie in der Medulla oblongata, — Schnitte aus der Höhe des Calamus scriptorius und der Abducenskerne — fand sich absolut nichts Abnormes. Die Untersuchung einiger Querschnitte aus Sacral- und Lumbalmark auf Tuberkelbacillen ergab ein negatives Resultat.

Ich möchte die vorstehende Schilderung nur mit wenigen Bemerkungen begleiten. Das Krankheitsbild war das einer rapid progressiven aufsteigenden atrophischen Lähmung, die Extremitäten, die Rumpfmuskeln und sehr bald das Zwerchfell ergriff, mit sehr geringen Sensibilitätsstörungen, ganz ohne Schmerzen, mit vorübergehenden Lähmungserscheinungen der Sphincteren einherging und schliesslich zum Tode durch Respirationslähmung führte.

Dass die anatomische Ursache in's Rückenmark zu verlegen und auf die gefundenen Veränderungen der Ganglienzellen der Vorderhörner zu beziehen ist, bedarf allerdings noch einer speciellen Argumentation. Wir müssen vor Allem auf die Frage eingehen, ob die beschriebenen Veränderungen der Ganglienzellen pathologisch präformirt waren, um so mehr, als eine der vornehmsten Alterationen, die Vacuolisation in ihrer Bedeutung noch nicht zweifellos klargestellt und erst kürzlich von Schulz in diesem Centralblatt (1883 Nr. 23) als Artefact, bedingt durch ungleiche Härtung, erklärt ist, — allerdings unter promptem Widerspruch verschiedener anderer Untersucher. Ich selbst habe früher (D. Arch. f. klin. Med. 1879) erwähnt, dass sich Vacuolenbildung auch in sonst gesunden Rückenmarken findet. Doch muss festgehalten werden, dass eine reichlichere Vacuolisation nur in erkrankten, und besonders myelitisch erkrankten Rückenmarken vorkommt; es kann ferner nach neueren Untersuchungen nicht in Zweifel gezogen werden, dass der Prozess der Vacuolisation eine Form der degenerativen Atrophie der Ganglienzelle im gesammten Centralnervensystem darstellt, mit oder ohne entzündliche concomitirende Vorgänge. So ist die Vacuolenbildung beschrieben bei toxischen experimentellen Myelitiden; auch in Formen parenchymatöser Encephalitis an den grossen Pyramiden der motorischen Zone neben anderen unzweifelhaft pathologischen Alterationen der Zelle.[1]

Die Vacuolenbildung weist also auf einen pathologischen Zustand des Zellenprotoplasma hin und in Verbindung mit den übrigen oben beschriebenen Veränderungen, Verkleinerung des Zellenbildes, ungleichmässiger Tinction, Verlust der Fortsätze möchte ich sie als zweifelloses Zeichen der Erkrankung betrachten. Es kommt hinzu, dass eine mangelhafte Härtung durch das schöne Ausgeprägtsein des feinen Nervenfasernetzes der grauen Substanz unwahrscheinlich, dass die weisse Substanz in unmittelbarer Nähe der grauen von tadellosem Aussehen war. Es wäre nun auch ein höchst merkwürdiger Zufall, wenn gerade in den Partien des Rückenmarks, auf die die klinischen Symptome hinweisen, sich Spuren mangelhafter Härtung in so weiter Ausdehnung hätten zeigen sollen, während das übrige Rückenmark durchaus gut gehärtet erschien.

Es scheint freilich der geringe Grad der Veränderung in der Halsanschwellung mit den ziemlich ausgeprägten Lähmungssymptomen der oberen Extremitäten nicht ganz in richtigem Verhältniss zu stehen; hier müssen wir in der That auf die Möglichkeit einer mikroskopischen weniger gut charakterisirten Alteration einer weiteren Anzahl von Ganglienzellen hinweisen und dabei erinnern, dass auch die Nervenstämme und Muskeln der untersuchten rechten Oberextremität in ganz ungleich geringerem Grade erkrankt gefunden wurden, als die der entsprechenden unteren.

Als gewichtige Stütze der Auffassung unseres Falles und der im Rückenmark gefundenen Veränderungen betrachten wir die Thatsache, dass Kahler und Pick[2] bereits vor mehreren Jahren eine der unserigen äusserst ähnliche

[1] Encéphalite parenchymateuse limitée de la substance grise etc. par Danillo. Arch. de Neurologie. 1883. No. 17.

[2] Kahler und Pick, Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Central-

Beobachtung gemacht und ganz analogen Befund im Rückenmark erhoben haben.

Es handelt sich um einen Fall von subacut im Laufe mehrerer Wochen sich entwickelnder, von unten nach oben fortschreitender, doch nicht absoluter Lähmung der Extremitäten mit Alterationen der elektrischen Erregbarkeit, Betheiligung der Respirationsmuskeln, geringen Störungen der Sensibilität, Oedemen. Muskelatrophie war nicht deutlich nachweisbar, schon nach den Ergebnissen der elektrischen Exploration indessen höchst wahrscheinlich. Das Krankheitsbild war complicirt durch chronischen Alcoholismus, eine parenchymatöse Nephritis, intercurrente Delirien. Der Tod erfolgte an Pneumonie.

Bei der anatomischen Untersuchung fand sich als wesentliche Veränderung Vacuolenbildung in den Ganglienzellen der Vorderhörner des Rückenmarks, am ausgesprochensten in der Lendengegend. Die peripheren Nerven und Muskeln kamen nicht zur Untersuchung. K. und P. trennen ihren Fall mit Recht scharf von dem gewöhnlichen Typus der Poliomyelitis anterior acuta und schliessen ihn an die von Duchenne aufgestellte Form der Paralysie générale spinale antérieure subaiguë an.

Als einzig analoge Beobachtung citiren sie den Fall von Déjérine,[1] der von diesem Autor als Mittelding zwischen progressiver Muskelatrophie und Tephromyelitis aufgefasst wird, mit ähnlichem Befund im Rückenmark und sehr genau studirten degenerativen Vorgängen an Nerven und Muskeln.

Déjérine's Fall ist durch Leyden[2] in eine andere Beleuchtung gerückt und zu der Polyneuritis in Beziehung gebracht.

Leyden spricht es speciell mit Rücksicht auf den Fall Déjérine aus, dass die hochgradigen peripheren Veränderungen von der „geringfügigen Alteration" der grauen Rückenmarkssubstanz nicht abhängig gemacht werden könnten und betrachtet die Neuritis als den Ausgangspunkt der Erkrankung, die Betheiligung des Rückenmarks als spätere Complication. Wir können uns weder für den Fall Déjérine, noch für den von Kahler und Pick und unseren eigenen oben geschilderten einer solchen Auffassung anschliessen, sind vielmehr der festen Ueberzeugung, dass Veränderungen, wie sie übereinstimmend in diesen Fällen zu Tage traten, der Charakter primärer und die Bedeutung einer genügenden Ursache für sehr ausgesprochene und ausgebreitete periphere Nerven- und Muskeldegeneration vindicirt werden muss. Als Anhaltspunkt für eine Trennung specifisch motorischer und trophischer Elemente unter den Ganglienzellen der Vorderhörner können wir, abweichend von Kahler und Pick, unsere Befunde nicht betrachten.

Seit K. und P.'s Publication sind Fälle in nicht geringer Zahl mitgetheilt, die das Bild der subacuten progressiven atrophischen Spinalparalyse in ähnlicher Form repräsentiren.

---

nervensystems. VI. Ueber Vacuolenbildung in den Ganglienzellen des Rückenmarks. Prager Vierteljahrsschrift. 1879.

[1] Arch. de physiologie. 1876.

[2] Ueber Poliomyelitis und Neuritis. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. I. H. 3.

Erst kürzlich haben LANDOUZY und DÉJÉRINE[1] auf eine heilbare Form dieses Typus aufmerksam gemacht; andere Autoren hatten Gelegenheit, die Beziehungen und Uebergänge der progressiven atrophischen Spinallähmung zu der acuten aufsteigenden Paralyse LANDRY's zu studiren.

Ob die anatomischen Veränderungen der vorderen grauen Substanz, die von AUFRECHT in seinem Fall von subacuter Spinalparalyse, von LANDOUZY und DÉJÉRINE in einem ihrer Fälle, von SCHULTZE und SCHULZ in ihrem Fall von acuter aufsteigender Paralyse gefunden wurden, ihrer Natur nach dieselben sind, wie in den oben zusammengestellten 3 Fällen, ist nicht ohne Weiteres zu sagen; Vacuolenbildung in zahlreichen Ganglienzellen wird von SCHULTZE hervorgehoben, indess bildeten gerade in seinem Fall die Alterationen der weissen Substanz des Rückenmarks die Hauptsache. —

Die peripheren degenerativen Veränderungen, die in unserm Fall in exquisiter Weise von der Peripherie nach aufwärts hin abnehmen, derart, dass die intramusculären Nerven am intensivsten, der Stamm des Ischiadicus in seinen oberen Abschnitten wenig, die vordern Wurzeln gar nicht erkrankt erschienen (— auch in DÉJÉRINE's Fall zeigten die vorderen Wurzeln verhältnissmässig geringe Alterationen —), sind demgemäss unserer Meinung nach nicht anders, denn als secundäre trophische Störungen aufzufassen.

Wir halten es von Interesse, zu bemerken, dass dieses Verhältniss der Abnahme der Degeneration centralwärts auch in Fällen von primärer degenerativer Neuritis beobachtet ist, so in dem Fall von MÜLLER.

Unser Befund weist, wie wir oben schon hervorgehoben, direct darauf hin, dass lange Strecken der motorischen Bahn — intra- und extramedulläre Wurzelfasern, grosse Nervenstämme — intact bleiben können bei Erkrankung der centralen motorisch-trophischen Elemente und consecutiver Degeneration der entfernten peripheren Apparate, Muskelnerven und Muskeln.

Dass für die Form und Ausdehnung dieser peripheren Degeneration die Qualität der Veränderung an den centralen motorisch-trophischen Apparaten bestimmend sein wird, ist eine Hypothese ERB's, mit der wir uns schon durchaus einverstanden erklärt haben, die auch im Einklang ist mit den Eigenthümlichkeiten unseres Befundes. Sie macht den Unterschied verständlich, der bezüglich der Degeneration der einzelnen Strecken der motorischen Bahn besteht in Fällen, wie der von uns beschriebene und solchen von intensiver Zerstörung bestimmter Partien der vorderen grauen Substanz, wie sie in Fällen eigentlicher Poliomyelitis anterior acuta, Typus spinale Kinderlähmung, stattfindet.

Eines kurzen Hinweises werth ist die genaue Coincidenz der Entwickelung der subacuten atrophischen Lähmung mit der Entwickelung einer rasch verlaufenden Tuberculose, eine Thatsache, die kaum zufällig ist, sondern auf einen ätiologischen Zusammenhang, möglicherweise die infectiöse Natur der Lähmung zu beziehen ist. Die hohe Wahrscheinlichkeit einer infectiösen Grundlage

[1] Des paralysies générales spinales à marche rapide et curable. Revue de médecine. 1882. No. 8 et 12.

ist aber auch für viele Fälle multipler Neuritis soeben noch von Vierordt[1] hervorgehoben worden. Auch bei der Beriberi handelt es sich nach den Untersuchungen von Baelz und Scheube[2] um eine primäre degenerative Atrophie zahlreicher peripherer Nerven mit wahrscheinlich infectiöser Aetiologie. Der von Vierordt ausgesprochene Gedanke, dass vielleicht gerade bei infectiöser Ursache (wir möchten hinzusetzen auch toxischer Ursache) eine mehr oder weniger gleichzeitige Erkrankung im gesammten Vorderhorn — Nerv-Muskeltractus primär auftreten, oder aber dass diese Erkrankung von allen Punkten dieses Tractus ausgehen kann — dieser Gedanke scheint uns vorläufig in seiner weiteren Fassung dem Stand der Thatsachen am meisten gerecht zu werden. Für das Studium der Modalitäten der einschlägigen Krankheitsformen ist aber gerade durch diesen Gesichtspunkt der Variabilität der Angriffspunkte eine sehr ausgedehnte Perspective eröffnet.

II. Referate.

Anatomie.

1) **Sulla fina anatomia dei corpi striati** del Marchi. (Rivista sperimentale di freniatria etc. 1883. IX. p. 331.)

Verf. beschreibt in den Streifenhügeln (Kalb, Kaninchen, Katze, Hund) zwei verschiedene Formen von Zellen, von denen die eine gut charakterisirte Axencylinderfortsätze aufweist, während bei den anderen diese Fortsätze sich sehr bald wieder in ein feines Fasernetz auflösen. Im Hinblick auf die Befunde an den Ganglienzellen des Rückenmarks schliesst Verf. aus diesem Verhalten, dass dem Streifenhügel eine gemischte Function zukomme, da die erste Form der Zellen den motorischen, die letztere den sensorischen Elementen des Rückenmarkes analog sei. Die beschriebenen Bilder wurden an Schnitten gewonnen, nach Behandlung mit Chromosmiumsäure und Argentum nitricum. Das Ganze ist vorläufige Mittheilung. E. Kräpelin.

---

2) **Ueber den Axencylinder markhaltiger Nervenfasern** von Prof. C. Kupffer. (Sitzgsb. d. math. phys. Klasse d. k. bayr. Akad. d. Wissensch. 1883. H. 3.)

K. färbte Ischiadicus von Fröschen und kleinen Säugethieren mit gesättigter, wässriger Lösung von Säurefuchsin, nachdem er denselben 2 Stunden in 0,5 % Osmiumsäurelösung und ebensolange in Aqua ausgewaschen; entfärbte dann 6—12 St. in abs. Alcohol, hellte mit Nelkenöl auf und schlägt in Paraffin ein. Er fand über 100 gleich grosse Pünktchen im Axenraume des Querschnitts, die longitudinal verlaufenden Fibrillen entsprachen. Die Fibrillen sind in eine Substanz eingebettet, die eiweisshaltig, gerinnungsfähig ist und von K. als „Nervenserum" bezeichnet wird.

Der Axencylinder ist demnach geronnenes Nervenserum, das mit Nervenfibrillen zu compactem Strange verdichtet ist. M.

---

[1] A. a. O.

[2] Siehe besonders dessen letzte Arbeit über Beriberi. Virch. Arch. 1884. Bd. 95. 1.

Experimentelle Physiologie.

3) **Ueber das Wesen der elektrischen Oeffnungserregung** von Grützner. (Pflüger's Archiv. Bd. XXXII. H. 7 u. 8.)

Verf. hat die früheren Resultate, dass eine Reihe von Reizerscheinungen am Nerven bei der Oeffnung des Stromes nur scheinbare Oeffnungserregungen darstellen, in Wirklichkeit aber dem Entstehen eines Stromes ihren Ursprung verdanken, einer erneuten und erweiterten Untersuchung unterworfen und ist dabei zu dem Resultat gekommen, dass es überhaupt Oeffnungserregungen nicht giebt.

Gestützt auf die Thatsache, dass ein reizender Strom, um erregend auf bestimmte Nervenfasern zu wirken, auch in dem Nerven selbst sich ausgleichen kann und keines äusseren Bogens zur Ableitung bedarf, verfolgte er das Verhalten der Oeffnungserregungen und prüfte, ob in eben diesen Fällen ein Polarisationsstrom entstehen und sich durch das Organ abgleichen kann.

Auf Grund dieser Prüfung formulirt Verf. das Gesetz, nach welchem elektrische Ströme Nerven und Muskeln erregen, folgendermaassen:

1. Erregt wird ein Nerv oder Muskel durch das Entstehen des elektrischen Stromes in den genannten Organen.
2. Erregt werden ferner Muskel und Nerv, wenn auch in geringerem Grade, durch den Strom selbst, wenn er sie in constanter Höhe durchsetzt.
3. Erregt werden dagegen die Nerven und Muskeln nicht dadurch, dass ein Strom in ihnen verschwindet.
4. Die Richtung des Reizstromes, falls sie nur der Axe der stromlosen Nerven und Muskeln parallel verläuft, hat keinen nachweisbaren Einfluss auf die Stärke der Erregung genannter Organe selbst.

Zum Schluss bespricht Grützner noch eine Reihe von gemachten und möglichen Einwendungen, auf die einzugehen zu weit führen dürfte. Für die Elektrodiagnostik bedarf jedoch noch eine Beobachtung am lebenden Menschen aus der Arbeit Erwähnung, die sicher schon häufiger gemacht, aber bis jetzt meines Wissens nicht veröffentlicht ist, dass bei Schliessung und Oeffnung des Stromes durch einen grösseren Nervenstamm verschiedene Muskelgruppen mit einer Zuckung antworten. Da wir indessen bei jedem Einführen des Stromes innerhalb des menschlichen Körpers mit vier in verschiedener Richtung die Nerven durchsetzenden Strömen zu rechnen haben, so dürfte eine Verwerthung der Beobachtung für physiologische Anschauungen noch erschwert sein, wenn sie auch ein weiteres Verfolgen sicher lohnen wird. Rumpf.

---

4) **Ueber die Beziehung der sog. peripheren Gleichgewichtsorgane zu dem Kleinhirn. Versuche mit Durchschneidung der Kleinhirnstiele** von W. Bechterew. (Russkaja Medicina. 1884. Nr. 3. 4. u. 5. Russisch.)

Die auffällige Aehnlichkeit der Erscheinungen, die bei Zerstörung der verschiedenen peripheren Gleichgewichtsorgane, nämlich der halbzirkelförmigen Ohrbogengänge, der centralen grauen Substanz des 3. Ventrikels und der Olivenkörper, zur Beobachtung gelangen, wird vom Autor dadurch erklärt, dass die benannten Organe in inniger Beziehung zum Kleinhirn stehen, dessen Läsionen von ähnlichen Erscheinungen begleitet werden, wie Verletzungen der peripheren Gleichgewichtsorgane. Letztere sind in der That nur Ursprungsort oder Ausgangspunkt der centripetalen Leitungsbahnen des Kleinhirns, auf welchen diejenigen Impulse sich verbreiten, die im Kleinhirn reflectorisch an die zur Körpermusculatur verlaufenden centrifugalen Bahnen übermittelt werden. Die bestehenden anatomischen Angaben über die Verbindung bezeichneter Organe mit dem Kleinhirn, die von B. in ausführlicher Weise besprochen

werden, geben nicht genügenden Aufschluss über dieselbe, und Verf. sucht die Frage durch das physiologische Experiment zu entscheiden, indem er isolirte Durchschneidungen der Kleinhirnstiele in verschiedener Höhe ausführt und aus den daraus resultirenden Erscheinungen die anatomische Bedeutung der in ihnen enthaltenen Faserzüge bestimmt. Dieses Verfahren zur Ermittelung des Verlaufs intracerebraler Leitungsbahnen, von B. „Methode physiologischer Dissection" benannt, hat ihm schon bezüglich verschiedener Fasersysteme (vgl. seine Arbeiten über den intracerebralen Verlauf der Sehnervenfasern, der die Pupille verengenden Fasern etc.) höchst schätzenswerthe Resultate ergeben.

Die wesentlichen Thatsachen, die er in seinen Versuchen mit Durchschneidung der Kleinhirnstiele an Hunden erbeutete, bestehen in Folgendem: Bei Durchtrennung des hinteren und mittleren Kleinhirnstiels stellen sich an den Thieren Rollbewegungen um die Längsaxe des Körpers ein, doch ist die Richtung derselben verschieden: Durchschneidung des hinteren Stiels bringt Rollung zur operirten Seite hervor, Durchtrennung des mittleren — zur entgegengesetzten. Unilaterale Durchschneidung der Faserzüge der oberen Etage der Grosshirnschenkel unmittelbar unter dem Aquaeductus Sylvii, längs des ganzen Verlaufs desselben, hat Rollung des Thieres zur gesunden Seite hin zur Folge. Bei unilateraler Durchschneidung der vorderen Kleinhirnstiele dagegen werden weder Rollung noch überhaupt deutliche Gleichgewichtsstörungen beobachtet, sondern nur Kreisbewegungen.

Durch Zusammenstellung beschriebener Versuchsergebnisse mit den nach isolirter Zerstörung der verschiedenen peripheren Gleichgewichtsorgane zu beobachtenden Erscheinungen und in Berücksichtigung der Richtung der Rollbewegungen in jedem einzelnen Fall, gelangt Verf. zu dem Schluss, dass die von den Oliven und halbzirkelförmigen Bogengängen entspringenden Faserzüge zum Kleinhirn im entsprechenden hinteren Kleinhirnstiel verlaufen, während diejenigen, die die centrale graue Substanz mit dem Kleinhirn verbinden, in der oberen Etage der Hirnschenkel unter dem Aquaeductus Sylvii ziehen. Bezüglich der mittleren Kleinhirnstiele nimmt B. in Berücksichtigung ihrer anatomischen Beziehungen an, dass sie die centrifugalen Bahnen enthalten, auf denen die aus den peripheren Gleichgewichtsorganen dem Kleinhirn zufliessenden Impulse den zu den Muskeln verlaufenden motorischen Bahnen übermittelt werden. Die vorderen Kleinhirnstiele endlich dienen nach B.'s Ansicht als centripetale Leitungsbahn, die die Hemisphären des Kleinhirns mit den Grosshirnhemisphären verbindet.

Bilaterale Durchschneidung der Kleinhirnstiele brachte höchst deutliche Gleichgewichtsstörungen hervor, in Folge deren die operirten Thiere weder stehen, noch gehen konnten. Durch diese Versuche wird die Ansicht Flouren's widerlegt, welcher annahm, dass Durchtrennung beider vorderen Kleinhirnstiele Laufbewegungen nach vorn, Durchtrennung beider hinteren Stiele Rückwärtsbewegungen und Neigung zur Rollung nach hinten zur Folge habe. P. Rosenbach.

Pathologische Anatomie.

5) Geschichte einer Hellseherin, als Beitrag zum Studium der Porencephalie, von Prof. D. Lambl. (Arch. f. Psychiatrie. 1884. XV. S. 45.)

Ein kleines Mädchen wurde Jahre hindurch von ihrer Mutter gezwungen, als Hellseherin im Lande umherzuziehen und den sich ihr anvertrauenden Personen Arzneimittel und Rathschläge für alle möglichen Vorkommnisse gegen Entgelt zu ertheilen. Das Mädchen fand sich bald mit auffallender Geschicklichkeit und Beobachtungsgabe in die eigenthümliche Rolle hinein und erwarb sich um so grösseren Zulauf, als ihr intelligentes Wesen keineswegs ihrem Aeusseren entsprach. Sie schielte nämlich, litt an Nystagmus und ihre rechte Körperhälfte war paretisch; der rechte Arm

besonders war activ nur wenig beweglich und dabei deutlich atrophisch. Als endlich jenes Treiben öffentlichen Anstoss erregte, wurde das Mädchen einem Waisenhause übergeben und starb dann etwa 2 Jahre später, 14 Jahre alt.

Die Section ergab einen porencephalischen Defect der linken Hemisphäre, indem eine trichterförmige Communication zwischen dem Subarachnoidealraum mit dem Seitenventrikel quer durch die mittlere Partie beider Centralwindungen und durch die angrenzenden Ränder des Stirn-, Scheitel- und Schläfenlappens bestand. Das Gesammthirngewicht betrug nur 846,8 Gramm, die Differenz beider Hirnhälften 33 Gramm. Die motorischen Functionsstörungen werden durch den Defect befriedigend erklärt; weniger ist dies in Bezug auf die Integrität der Sprache der Fall (vgl. die Abbildungen), und auffallend ist die hohe Intelligenz, obschon zweifellos eine congenitale Erkrankung vorliegt. Sommer.

Pathologie des Nervensystems.

6) **Du rôle de l'hérédité nerveuse dans la genèse de l'ataxie locomotrice progressive** par Landouzy et Ballet. (Annales médico-psychologiques. 1884. Janvier p. 29.)

Die Verff. wenden sich gegen die in neuerer Zeit besonders von Fournier vertretene Auffassung, wonach für die enorme Majorität der Fälle die Aetiologie der Ataxie locomotrice in der Syphilis gesucht werden müsse, behaupten vielmehr, dass die überwiegend häufigere Ursache, wie bei den Geistesstörungen, in erblicher nervöser Belastung beruht.

Um die in der Statistik schon aufgeführten und für oder gegen die Wirksamkeit der Syphilis schon in's Feld geführten Fälle zu vermeiden, entschlossen die Verff. sich, eine ganz neue Statistik von nicht veröffentlichten Fällen zusammenzustellen. Das Ergebniss dieser in zwei Serien zerfallenden Controllstatistik, welche im Ganzen 138 Fälle aufführt, ist Folgendes:

Erste Serie 101 Fälle.	Keine bekannte Ursache oder andere als Syphilis und Heredität	52 [1]
	Constatirte Syphilis	14
	Wahrscheinliches oder mögliches Vorhandensein der Syphilis	11
	Zweifellose nervöse Heredität	17
	Wahrscheinliche Heredität	7
	Summa	101
Zweite Serie 37 Fälle.	Keine bekannte Ursache	9
	Syphilis	10
	Heredität	12
	Heredität und Syphilis combinirt	6
	Summa	37

Das ergiebt:

Total von 138 Fällen.[2]	Keine sichere Ursache der Tabes	61
	Constatirte Syphilis als alleinige Ursache	21
	Heredität als alleinige Ursache	28
	Syphilis und Heredität combinirt	7
	Syphilis sicher, Heredität wahrscheinlich	3
	Summa	120

[1] Wohl ein Druckfehler giebt im Original diese Zahl als 25 an.

[2] Man sieht sogleich, dass die Zahlen der Totalstatistik nicht stimmen. Wie die Verff. zu den Zahlen gekommen sind oder ob Druckfehler vorliegen, muss noch aufgeklärt werden.

Schliesslich rechnen die Verfassser unter Berücksichtigung der wahrscheinlichen Fälle von Syphilis und Heredität:

Einfluss der Heredität: 35 Fälle.
Einfluss der Syphilis: 32 Fälle.

Die Verff. betonen noch, dass wenn ihre Zahlen nicht richtig sind, dieselben zu Gunsten der Syphilis und zu Ungunsten der Heredität unrichtig sein würden, da die erstere bei der Unvollkommenheit der Anamnese leichter angenommen werden könne als die letztere, die nur da gesetzt sei, wo sie unzweifelhaft nachgewiesen worden wäre. Zudem hinterlasse die Syphilis Spuren, die Heredität sei ohne äussere Zeichen und falle daher weniger auf.

Zu Gunsten der Heredität wird dann noch angeführt, dass die Literatur Fälle aufweise, welche äusserst prägnant und doch nicht in die Statistik aufgenommen seien.

So wird an den Trousseau'schen Fall erinnert, in welchem ein an Tabes leidender Vater zwei tabische Söhne zeugte.

Carré berichtet über eine Familie, aus welcher durch drei Generationen 18 tabische Mitglieder entsprossen.

Ferner werden die Coincidenzen mit anderen pathologischen Vorgängen angeführt: Nervosität, Hysterie und den verschiedenen Geistesstörungen. Die allgemeine fortschreitende Paralyse wird der Kategorie der hier in Betracht kommenden Krankheiten jedoch nicht zugetheilt, da ihre pathologischen Ursachen dieselben seien, wie die der Tabes und beide Formen als dieselbe, verschieden localisirte Krankheit aufzufassen seien. Jehn.

---

7) **Beitrag zum Studium der multiplen degenerativen Neuritis** von Dr. O. Vierordt, Assistent der medic. Klinik in Leipzig. (Arch. f. Psych. 1883. Bd. XIV. H. 3.)

23jährige Puella; 1880 Lues, mit Schmierkur behandelt. 3. Oct. 1882 starke Erkältung, vom Abend desselben Tages an Schwäche und Gefühllosigkeit in den unteren Extremitäten. Am 24. Sensibilität an den Füssen symmetrisch bis über die Knöchel herauf deutlich herabgesetzt; Plantar- und Patellarreflexe fehlend, Gehen nur mit Unterstützung möglich. Am 26. ausgesprochene diffuse Parese beider Unterextremitäten; obere Extremitäten frei. Schmerzen in den Fussgelenken. Von Anfang November an rapide Atrophie der Musculatur beider unteren Extremitäten, Schlaffheit und Herabsetzung der rohen Kraft in den Muskeln der oberen. Hochgradige Hyperalgesie der Haut und Muskeln an den oberen Extremitäten ohne objective Sensibilitätsstörung. An beiden Unterschenkeln deutliche Mittelform der Entartungsreaction mit bedeutender Herabsetzung der Erregbarkeit.

Die Atrophie der unteren Extremitäten machte noch weitere Fortschritte, ebenso die Lähmung der oberen Extremitäten, die sich ebenfalls mit Muskelabmagerung verband. Auch in der Musculatur der oberen Extremitäten, speciell im Radialisgebiet stellte sich Entartungsreaction ein; die galvanische Erregbarkeit der Nn. peronei erlosch vollkommen, während die Muskeln der Peroneusgebiete qualitativ veränderte Zuckung zeigten. Die faradocutane Sensibilitätsprüfung ergab an den Füssen hochgradige Herabsetzung, die sich nach aufwärts beiderseits ganz allmählich verlor und sich durchaus nicht an die Gebiete peripherer Nerven hielt, eine geringe Herabsetzung der faradocutanen Sensibilität liess sich auch an den Händen und Vorderarmen nachweisen.

Ende November: Zwerchfelllähmung, steigende Pulsfrequenz. Benommenes Sensorium.

11. December. Nystagmus beider Augen. Fast complete Lähmung der oberen Extremitäten, beginnende Flexionscontractur an den Händen; leichtes Oedem der

letzteren, ebenso an den unteren Extremitäten. Incontinenz; beginnender Decubitus; abendliches Fieber.

19. December: Tod an Erschöpfung.

Die Section ergab: Beginnende Lungenphthise und folliculäre Darmgeschwüre. Die Nerven makroskopisch von normalem Aussehen, die Muskeln von stark vermindertem Volum, aber normaler Farbe und Consistenz. Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks liess keine pathologische Veränderung erkennen. Nur in einzelnen Vorderhornzellen des Halsmarks fiel ein klumpiges Aussehen und eine bräunliche schollige Masse, die den Kern öfter verdeckte, auf. Doch waren dies immer nur einzelne Zellen, die übrigen vollständig normal. Ebenso die nervösen Faserzüge der grauen Vordersäulen durch's ganze Rückenmark durchaus intact. Die vorderen Wurzeln in der Hauptsache ebenfalls unverändert.

In den peripheren Nerven fand sich dagegen bei der frischen mikroskopischen Untersuchung eine gleichartige, obwohl verschieden intensive Degeneration. Complet war diese Degeneration in einem Gastrocnemiuszweig, relativ stark im N. phrenicus und Ischiadic. dexter; sie bestand wesentlich in körnigem und fettigem Zerfall des Marks ohne entzündliche Erscheinungen oder Kernvermehrung der Schwann'schen Scheiden.

An Querschnitten des Plex. brachial. dext., Vagus d., Ischiadic. dext. und sinister fand sich eine beträchtliche Verminderung der Zahl der normalen Faserquerschnitte, als Ersatz ein mächtig kernreiches zartes Bindegewebe. Die Gefässe hatten deutlich verdickte Wandungen.

Die Muskeln (Extension) des Vorderarms zeigten keine besonders ausgesprochenen, aber doch deutlich degenerative Veränderungen; Verschmälerung, Trübung, leichte Vermehrung der Muskelkerne, aber erhaltene Querstreifung. In den Gastrocnemiis und im Zwerchfell erschien die Trübung sehr intensiv. Auf Querschnitten war einfacher Schwund des Muskelgewebes zu constatiren.

Hervorgehoben wird in dem klinischen Bilde des referirten Falles die successive Entwickelung von motorischer Schwäche und Atrophie, die diffuse Localisation beider, das Uebergreifen auf Zwerchfell und Herz, die geringe Heftigkeit spontaner Schmerzen, die Localisation derselben auf die Gelenke, die diffuse Hyperästhesie der Haut und der Muskeln, die eigenthümliche Localisation der objectiven Sensibilitätsstörung, die durchaus nicht den Gebieten peripherer Nerven entsprach, sondern an den Endabschnitten der Glieder am stärksten ganz allmählich nach oben abnahm, ohne scharfe Grenze. Grosser Werth wird darauf gelegt, dass niemals eine Verdickung peripherer Nerven nachzuweisen war. Die spontane Druckempfindlichkeit der letzteren war zweifelhaft.

Die Diagnose lautete intra vitam mit grösster Wahrscheinlichkeit multiple Neuritis.

Vom mikroskopischen Befund wird die Veränderung in den Vorderhörnern als irrelevant bezeichnet.

Die Veränderung an den peripheren Nerven haben mit Entzündung absolut nichts zu thun, gleichen vielmehr ganz dem Bilde „absteigender" Degeneration eines peripheren Nerven nach dessen Läsion. Die Frage, ob die peripheren Abschnitte stärker erkrankt waren als die centraleren, kann mit Bestimmtheit nicht beantwortet werden. Die centralsten Theile, die vorderen Wurzeln, waren allerdings (im Wesentlichen) normal und einzelne Muskelzweige andererseits bis auf die letzte Faser degenerirt.

Der Muskelbefund in seinem Fall und die Thatsache, dass initiale Lungentuberculose vorhanden war, bringen Verf. in Erinnerung an die von E. Fränkel erhobenen Muskelbefunde bei Phthisikern zu der Vermuthung, dass es sich auch in F.'s Fällen um eine den seinigen ähnliche Affection gehandelt habe. Zwei Beispiele von Muskelparesen bei Phthisikern, in einem Fall mit ausgesprochenen Sensibilitäts-

störungen, Verlangsamung der Schmerzleitung, in denen Verf. post mortem typische Degeneration der Nervenfasern in den Gastrocnemiuszweigen fand, scheinen für das öftere Vorkommen solcher Nervendegeneration im Verlauf der Phthise zu sprechen.

Es folgen noch einige Bemerkungen über das differentialdiagnostische Moment der lancinirenden Schmerzen bei Neuritis, über den Werth der objectiven Herabsetzung der Sensibilität gegenüber deren ausnahmslos normalem Verhalten bei Poliomyelitis und progressiver Muskelatrophie, über die Betheiligung von Hirnnerven an dem Ensemble der multiplen Neuritis.

Die Verschiedenheiten des anatomischen Befundes bei den einzelnen bis jetzt bekannt gegebenen Fällen multipler Neuritis, die Form der reinen degenerativen Atrophie in den einen, echter interstitieller Entzündung, event. palpable Verdickung der Nerven in anderen Fällen, müssen in voller Schärfe getrennt gehalten werden; eine Erklärung dieses differenten Verhaltens läst sich nicht geben; möglicherweise ist die infectiöse Natur der Erkrankung oder eine Fortleitung der Entzündung von den Gelenken für die Form reeller Entzündung von Bedeutung. Eisenlohr.

---

8) **Étude sur le nervo-tabes périphérique** par Déjerine. (Arch. de physiol. norm etc. 1884. No. 2. p. 231.)

D. beschreibt 2 Fälle, bei welchen ausser Anästhesie und Analgesie der Beine mit Empfindungsverlangsamung, Fehlen der Kniephänomene und eine mässige Ataxie bestand. Im ersten Falle fand sich eine leichte Schwäche und Abnahme des Volums der Musculatur, im zweiten waren Parese und Atrophie ausgesprochener. Die Affection entwickelte sich im ersten Falle im Verlaufe von etwa 5 Monaten, ebenso lang war die Dauer im zweiten Falle bis zu dem ebenfalls an einer Erkrankung innerer Organe erfolgendem Tode. Von Seiten der Gehirnnerven keine Erscheinungen vorhanden.

Das Rückenmark und die Wurzeln waren ganz intact, es bestand dagegen eine deutliche Veränderung der peripheren Nerven, welche im ersten Falle vorwiegend in den sensiblen Hautnerven, im zweiten auch in den Muskelästen als parenchymatose Neuritis sich charakterisirte.

Das Auftreten der Erscheinungen von Ataxie etc. erinnert an das Krankheitsbild der Tabes. Eine sehr erhebliche Abweichung stellen jedoch, abgesehen von der Rapidität der Entwickelung, die, namentlich im zweiten Falle deutlichen, Symptome der Parese und der Atrophie der Muskeln (mit Abnahme der faradischen Erregbarkeit? Untersuchung unvollständig) dar. Pupillarerscheinungen und andere Symptome von Seiten des Sehapparats wurden nicht beobachtet.

Allein aus Rücksicht auf das Vorhandensein von Ataxie im Krankheitsbilde für eine Neuritis den Namen Nervo-tabes periphériques zu wählen, erscheint uns unter diesen Umständen als kein glücklicher Griff Déjerine's.

Was die Aetiologie betrifft, so waren beide Personen Alkoholisten und möchte Ref. mit Bezugnahme auf einen von ihm in den Charité-Annalen 1884 mitgetheilten Fall, in dem bei einem Säufer als Ursache der im Gebiete der Motilität und Sensibilität aufgetretenen Erscheinungen eine Erkrankung peripherer Nerven anatomisch sich nachweisen liess, diesem Umstande mehr Gewicht beilegen, als Déjerine zu thun geneigt ist. Moeli.

---

9) **Weitere Beiträge zur pathologischen Anatomie und Histologie der Beri-Beri (Kak-ke)** von Scheube. (Virchow's Arch. 95. 1. S. 146—176.)

Verf. konnte seine früher auf Grund von 3 Sectionen ausgesprochene Ansicht (Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXXI u. XXXII), dass das Wesen der Beri-Beri in einer infectiösen multiplen Neuritis zu suchen sei, durch 17 weitere Sectionen, über deren

Ergebniss er ausführlich berichtet, bestätigen. In allen Fällen boten die untersuchten Nerven die verschiedenen Stadien der Degeneration und degenerativen Atrophie dar bis zu vollständiger Resorption der Markscheide und des Axencylinders, daneben mehr oder weniger bedeutende Zunahme des Endoneuriums. Die Degeneration ist stets am hochgradigsten in den Muskelästen (bes. auch des Phrenicus), findet sich aber auch in rein sensiblen Hautnerven. Hand in Hand mit der Degeneration der Nerven geht eine solche der Muskeln, Atrophie und fettige Degeneration der Muskelfasern mit Zunahme der Kerne und des Bindegewebes. Die Herzäste der Vagi zeigten stets leichte Grade der Degeneration; die fettige Degeneration der Herzmusculatur mit Dilatation besonders des rechten Ventrikels, sowie die regelmässigen Herzerscheinungen führt S. auf diese Vagusdegeneration zurück, ebenso wie er für die öfter beobachtete acute Lungenlähmung nach Analogie der vom Ref. und von Langer beschriebenen Fälle Degeneration der Lungenäste des Vagus annimmt und in einem Fall thatsächlich nachwies. Die Untersuchungen des Rückenmarks und der Spinalnervenwurzeln fielen stets negativ aus. Körnige Trübung und Verfettung der Leber und Nieren, sowie öfters gefundene kleine Herde in Leber, Herz und Muskeln bestärken den Verf. in seiner Ansicht von der infectiösen Natur der Beri-Beri, wenn ihm der Nachweis charakteristischer Mikroorganismen bisher auch nicht gelang. Tuczek.

---

10) **Lathyrisme et Béribéri** par Marie. (Progr. méd. 1883. No. 43.)

Es wird über eine von Bouchard in Algier beobachtete Epidemie von Lathyrismus berichtet. Retentio und Incontinentia urinae und Impotenz gehörten zu den ersten Symptomen; im Uebrigen wurde in allen Fällen — in Uebereinstimmung mit früheren Beobachtungen — Lähmung der Unterextremitäten mit Muskelrigidität und Contracturen, Verstärkung der Sehnenreflexe, Fussphänomen constatirt. Verf. zieht dann eine Parallele zwischen dem Lathyrismus und der Beri-Beri an der Hand der Mittheilungen von Scheube. Tuczek.

---

11) **Primäre Seitenstrangsklerose nach Lues.** Aus der medicinischen Klinik des Prof. Naunyn zu Königsberg mitgetheilt von Dr. Minkowski. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXXIV. S. 433.)

Die sehr interessante Beobachtung betrifft eine 19jährige, früher stets gesunde und von gesunden Eltern abstammende Arbeiterin. Im Mai 1881 breite Condylome (4wöchentliche Schmierkur), im August 1881 luetisches Exanthem, welches nach einer abermaligen Schmierkur in 3 Wochen verschwand. Bald darauf Schwäche und Zittern in den Beinen. Mitte Januar 1882 folgender Status: Gehen nur noch mit Unterstützung möglich, dabei die Fussspitzen kaum vom Boden erhoben, starkes Zittern der unteren Extremitäten. Rohe Kraft herabgesetzt. Vollständig normale Sensibilität. Erhebliche Steigerung der Sehnenreflexe. Hautreflexe fehlen. Blase und Mastdarm normal. Obere Extremitäten etwas paretisch, sonst ohne Störung. Keine Veränderung im Bereiche der Gehirnnerven. Ausserdem ausgesprochene Lungenphthise. — Unter dem Gebrauch einer Schmierkur trat eine auffallende Besserung der spinalen Symptome ein. Die Sehnenreflexe wurden schwächer, der Gang viel sicherer und nicht mehr zitternd. Die Lungentuberculose schritt indessen immer weiter fort und führte schliesslich am 18. Juli 1882 zum Tode der Patientin.

Die Section ergab ausgedehnte tuberculöse Veränderungen in den Lungen; im Rückenmark makroskopisch zunächst nichts sicher Abnormes. Nach der Härtung des Rückenmarks in Müller'scher Lösung trat aber die hellere Färbung der hinteren Seitenstränge sehr deutlich hervor. Die mikroskopische Untersuchung ergab: im Dorsalmark eine starke Degeneration der Kleinhirnseitenstrangbahnen und eine

deutliche, aber weit geringere Affection der Pyramidenbahnen (meist erhaltene Fasern, einzelne atrophische Fasern, Lücken mit Fettkörnchenzellen, mässige Vermehrung der Neuroglia). Deutliche Atrophie eines Theils der Zellen in den Clarke'schen Säulen.

Im Cervicalmark ist die Erkrankung in derselben Ausbreitung vorhanden; oberhalb der Pyramidenkreuzung hört aber die Degeneration auf. Die Goll'schen Stränge nicht sicher erkrankt. In der Höhe des 6.—7. Cervicalnerven an der Grenze zwischen grauem Vorder- und Hinterhorn eine kleine Blutung.

Im Lendenmark ebenfalls die gleichen Verhältnisse, nur in entsprechend geringerer Ausdehnung.

Der Fall beweist also wiederum das Vorkommen primärer systematischer Degenerationen in den Seitensträngen des Rückenmarks, und zwar anscheinend unter dem Einflusse des syphilitischen Giftes. Bemerkenswerth ist die anatomische Läsion im Verein mit dem Umstande, dass die spinalen Symptome durch den Gebrauch der Schmierkur schliesslich so gut wie ganz geschwunden waren. Strümpell.

---

12) Amyotrophic lateral sclerosis by Dr. Coxwell. (British med. Journ. 1884. Febr. 23. p. 362.)

Sehr kurz mitgetheilte Beobachtung bei einer 47jähr. intelligenten Frau. Es bestand Atrophie, Semiflexion und Pronation beider Arme, theilweise Lähmung beider unterer Extremitäten ohne Atrophie und Atrophie der Zunge. Der Tod erfolgte durch Pharyngealparalyse. Im Rückenmark fand sich Atrophie der Seiten- und der Türck'schen Stränge, sowie Sklerose der gekreuzten Pyramidenbahnen. Die multipolaren Ganglienzellen der Vorderhörner waren im Hals- und Brustmark atrophisch; im Uebrigen erschien die ganze graue Substanz auffallend vascularisirt. Im Gehirn war keine Abnormität nachzuweisen, abgesehen von einer Degeneration der Hypoglossuskerne.

Sommer.

---

13) On the relation of the „Aura" giddiness to epileptic seizures by Charles E. Beevor. (Brain. 1884. Jan. p. 481—496.)

Verfasser hat sich bemüht, in den Fällen von Epilepsie, wo den Anfällen ein Schwindelgefühl nach einer bestimmten Richtung vorausgeht, eine Beziehung der letzteren zu derjenigen der Scheinbewegungen der Gesichtsobjecte und der objectiven Rotationsbewegungen der Augen und des Kopfes, sowie der zuerst von den Krämpfen ergriffenen Körperseite aufzufinden. Niemals sind zunächst die Scheinbewegungen und die objectiven Bewegungen entgegengesetzt. Unter 17 einschlägigen Fällen gaben acht an, dass sie sich selbst und ebenso die äusseren Gegenstände von rechts nach links herumdrehen, und neun fühlen sich und die Objecte in entgegengesetzter Richtung von links nach rechts gedreht. Von den Fällen, wo der Schwindel von links nach rechts ablief, begannen in fünf die Krämpfe an der rechten Seite, wie dies besonders in einem Falle vom Verf. genauer constatirt werden konnte, dass Kopf und Augen nach rechts gedreht wurden. Dann traten beiderseitige Krämpfe ein, und unmittelbar nachher war das Kniephänomen rechts stärker und dass Fussphänomen rechts vorhanden (vgl. dieses Centralbl. 1882. S. 323). In einem anderen Falle mit gleicher Schwindelaura wurde der Kopf nach rechts, dann der rechte Arm in die Höhe gezogen und blieben rechts die Krämpfe stärker.

Dagegen begannen in allen Fällen, wo Schwindel und Scheinbewegungen der Umgebungen von rechts nach links gingen, die Anfälle an der linken Seite. Häufig zuckte zuerst der linke Mundwinkel.

Während also in 12 Fällen die Krampfanfälle an der Seite einsetzten, nach welcher subjective und objective Gleichgewichtsstörungen abliefen, zeigten 4 Fälle mit Schwindelbewegungen von links nach rechts ein abweichendes Verhalten, indem

mit im Original nachzulesenden Varietäten trotzdem der Kopf nach links gezogen wurde und die linke Körperhälfte zuerst oder allein von den Krämpfen ergriffen wurde.

Obgleich sich Verf. die Schwierigkeit derartiger Erhebungen von Seiten der Pat. nicht verhehlt, glaubt er dennoch als Resultat seiner Arbeit daran festhalten zu dürfen, dass die subjectiven und objectiven Schwindelbewegungen regelmässig in gleicher Richtung erfolgen, und meistens wenigstens die tonischen Krämpfe an der Seite einsetzen, nach welcher der Schwindel abläuft.

Beiläufig bemerkt er, dass der Schwindel niemals von Taubheit und subjectiven Ohrgeräuschen begleitet war (vgl. dieses Centralbl. 1883. S. 323). In Betreff der vom Verf. versuchten Erklärung des gleichseitigen Ablaufs der Scheinbewegungen der Gesichtsobjecte mit den Rotationsbewegungen der Augen sei auf das Original verwiesen. E. Remak.

Psychiatrie.

14) **Vom Bewusstsein in Zuständen sog. Bewusstlosigkeit** von A. Pick. (Arch. f. Psych. XV. 201.)

Anfälle von gestörter Bewusstseinsthätigkeit wurden studirt bei einem Epileptiker mit psychischen Aequivalenten. Den Bewusstseinszustand in diesen Anfällen bezeichnet P. (mit Gnauck u. A.) als traumhaft, keineswegs ist das Bewusstsein ganz aufgehoben. Was die Erinnerungsfähigkeit an die Erlebnisse im Anfall betrifft, so zeigte sich verschiedenes Verhalten: Es giebt, wie P. zeigt, bei den Bewusstseinsstörungen Uebergänge, nach der einen Seite zur völligen Bewusstlosigkeit im epileptischen Krampfanfall, nach der anderen Seite zu den verschiedenen Bewusstseinszuständen der Psychosen.

P. vermeidet es, sich in Speculationen einzulassen über ein Gebiet, welches uns nach du Bois-Reymond durch das „Ignorabimus" verschlossen ist: er bleibt auf dem Boden der klinischen Medicin und verfolgt einige Symptome seines Falles weiter, welche nach mehreren Richtungen hin über den Mechanismus psychischen Geschehens Aufklärung geben können. Es ist das die Beobachtung, dass der Kranke im Anfall ihm vorgelegte Schrift als falsch bezeichnet, seinen ihm vorgeschriebenen Namen nicht wieder erkennt, die Beobachtung, dass er auf der Höhe des Anfalls gar nicht mehr, beim Abklingen desselben nur eben erkennbar zu schreiben vermag. Ebenso konnte Patient im Anfall die Taschenuhr nicht richtig ablesen, er war ganz unorientirt, Ort und Personen wurden ihm fremd.

Hier fand also eine Störung in den Endstationen der optischen Erinnerungsbilder statt, durch welche das Bewusstsein gefälscht, dass heisst die Beziehungen des Ich zur Aussenwelt in krankhafter, dem Individuum fremder Weise verändert wurden.

Was die Erinnerungsfähigkeit anlangt, so nimmt auch Pick (wie Andere) ein erinnerbares und nicht erinnerbares Bewusstsein an, zwischen beiden bestehen Uebergänge, und die mangelhafte oder fehlende Erinnerung ist der Gradmesser für das vorhanden gewesene Bewusstsein.

Der Zustand des Bewusstseins im Traum giebt wichtige Anhaltspunkte zur Vergleichung mit dem gestörten Bewusstsein der Psychosen, und die Wichtigkeit der Träumereien bei Entstehung der Wahnideen ist noch immer nicht überall hinreichend berücksichtigt worden.

Auch in Anfällen von anderweiten Nerven- und Gehirnkrankheiten kommt die krankhafte Veränderung des Bewusstseins vor; ein diesbezüglicher Fall wird anhangsweise mitgetheilt. Siemens.

---

15) **Contribuzione alla casuistica della inversione dell'istinto sessuale** del Cantavano. (La Psichiatria. 1883. 3. p. 201.)

W., 20 Jahr. Keine Heredität, ein Bruder sehr ausschweifender Mensch, Mutter und eine Schwester an Phthise gestorben, ausserdem 4 gesunde Geschwister. Launenhafter, reizbarer Charakter, grosse Neigung zum Vagabondiren, geringe Fortschritte in der Schule. Aufnahme in ein Rettungsinstitut, wo mit 15 Jahren die Menses auftraten, die späterhin spärlich und mit häufigen Unregelmässigkeiten wiederkehrten. In diesem Institute schloss die Patientin bald innige Freundschaft mit ihren Kameradinnen, die bis zu gewohnheitsmässiger förmlicher Cohabitation ging; einzelne derselben wurden besonders bevorzugt. Nach einem Jahre entfloh Pat. nach Hause, legte ohne Veranlassung dort Feuer an und verdächtigte ihren Bruder deswegen. Ein Versuch, sie wieder in das Institut zurückzubringen, misslang. Nunmehr zu einer Tante gebracht, entfloh sie alsbald in Männerkleidung und suchte so eine ihrer früheren Geliebten im Bordell auf, wurde aber von jener zurückgewiesen und alsbald von der Polizei aufgegriffen. Es ergab sich, dass sie noch Jungfrau war. Nach einer weiteren ähnlichen Flucht in Männerkleidern, die zu Conflicten mit der Polizei führte, wurde die Kranke endlich der Irrenanstalt übergeben, wo sie bald mit einer Patientin und dann wiederholt mit Wärterinnen Liebesverhältnisse von stark sinnlichem Charakter anknüpfte. Gegen Männer zeigte sie sich absolut unempfindlich und hatte auch ein klares Bewusstsein ihrer abnormen Anlage, beklagte bitter, nicht als Mann geboren zu sein. Körperliche Anomalien konnten nicht aufgefunden werden, insonderheit keine Entwickelungshemmungen der Genitalien oder der Brustdrüsen.

Verf. spricht die Ansicht aus, dass die conträre Sexualempfindung bei Weibern meist einen mehr sinnlichen Charakter habe, als bei Männern, bei denen ein Zug idealistischer Schwärmerei hervorzutreten pflege. Er plaidirt für die forensische Unzurechnungsfähigkeit derartiger Individuen. E. Kräpelin.

---

16) **Zur Lehre von der conträren Sexualempfindung** von Prof. v. Krafft-Ebing. (Irrenfreund. 1884. Nr. 1.)

6 neue und interessante Fälle von perversem Geschlechtstrieb, die Verf. selbst zu sammeln die seltene Gelegenheit hatte. Fast alle Fälle betrafen Individuen mit gleichzeitigen Symptomen schwerer spinaler und cerebraler Asthenie; bei 2 Patienten, einem männlichen und einem weiblichen, scheint die Umwandlung der Sexualempfindung erst in den späteren Lebensjahren erfolgt zu sein; einmal zweifellos erst im Anschluss an eine sich allmählich entwickelnde Neurasthenie, da der betr. Patient bis zum 27. Jahre in sexueller Hinsicht ganz normal und sogar glücklich verheirathet war, und im zweiten Fall soll ein Sturz auf den Rücken im 29. Jahre neurasthenisch-hysterische Beschwerden und die Geschlechtsperversität veranlasst haben. Bei 5 Pat. war eine schwere neuropsychopathische Belastung nachzuweisen.

Bemerkenswerth ist die Angabe eines Pat. über die Häufigkeit der conträren Sexualempfindung bei Männern: in einer Stadt von 13000 Einwohnern kannte er persönlich 14 und in einer Stadt von 60000 Einw. wenigstens 80 derartig abnorme Personen. Es käme demnach mindestens 1 auf 450 Männer. Sommer.

---

17) **A case of general Paralysis in a Woman** by F. M. Cowan. (Journ. of ment. science. 1884. Jan. p. 530.)

Die Section (60 Stunden post m.) der 36jähr., im Stadium der Paralyse aufgenommenen, keine Zeichen von Syphilis zeigenden Frau ergab: Die weichen Häute verdickt, an den Centralwindungen und den Lob. paracentral. adhärent, Atrophie des Stirnhirns, starke Atrophie entsprechend dem rechten Lob. paracentral.; Hydroceph. int.; chronische Ependymitis; Hirngewicht 1170.

Mikroskopisch fand sich im Gegensatz zur Regel die Neuroglia normal, nur in

6 Schnitten unter 40 zeigte sie leichte Kernvermehrung; die einzigen Veränderungen zeigten die Ganglienzellen und die Gefässe; die kleinen Arterien zeigten Endarteritis mit consecutiver Verengerung des Lumens; in Folge dessen Stase und Transsudation in die pericellulären Räume, welche ihrerseits Atrophie und Zerfall der Nervenzellen bedingen. Die Kürze der pathologisch-anatomischen Angaben macht es unmöglich, zu einem eigenen Urtheile zu kommen, ob thatsächlich, wie Verf. annimmt, sein Befund identisch mit dem bekannten Mendel's ist. A. Pick.

---

18) **Paretic Dementia in Females, with report of a case,** by S. V. Clavenger. (The Alienist and Neurologist. 1884. V. p. 79.)

Verf. giebt in dieser Arbeit eine Zusammenstellung der bekannten Ansichten neuerer Autoren über gewisse Eigenthümlichkeiten der allgemeinen Paralyse bei Weibern. Sehr vollständig sind die Angaben über die relative Häufigkeit ihres Vorkommens im Verhältniss zu dem bei Männern: 39 verschiedene Citate sind mitgetheilt. Im Durchschnitt wird hiernach 1 paralytische Frau auf 8 paralytische Männer berechnet. Die Extreme sind allerdings sehr gross. Spitzka schätzt das Verhältniss auf 1:58, Seppilli und Verga dagegen auf 1:3. Die apathische Form des Verlaufs soll bei Frauen etwa 3mal häufiger sein, als die klassische Paralyse. Frauen vom Lande erkranken seltener als Stadtfrauen, bei denen wohl ihre Betheiligung an dem lebhafteren Kampf um's Dasein ungünstig einwirkt. Zweifelhafter scheint der Einfluss der Menopause zu sein.

Der ausführlicher mitgetheilte Fall betrifft eine 37jährige verheirathete Frau, Potatrix, nie menstruirt und kinderlos, mit infantilem Uterus und Atresia uteri.

Sommer.

Therapie.

19) **Ein Fall von Nervendehnung bei Tabes dorsalis** aus der Poliklinik des Prof. Berger in Breslau von Dr. Moritz Rosenstein. (Arch. f. Psych. etc. Bd. XV. H. 1.)

Ein mit grosser Ausführlichkeit mitgetheilter Fall von Tabes, bei dem die Dehnung beider Nervi ischiadici zum Tode (in Folge progredienter Phlegmone am rechten Bein) in wenig Wochen geführt hatte. Vor und nach der Operation vorgenommene genaue Untersuchungen liessen nur insofern eine Aenderung im Krankheitsbilde wahrnehmen, als das Schmerzgefühl und das Muskelgefühl an den unteren Extremitäten etwas gebessert erschien. Die Patellarreflexe nach- wie vorher erloschen. Unmittelbar folgten der Operation mehrere Tage persistirende heftige Schmerzen in den Beinen.

Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks ergab den Befund der grauen Degeneration der Hinterstränge, aber keine mit der Dehnung in Zusammenhang zu bringende Veränderung. In den Ischiadicis wurden dem Wundverlauf entsprechende Veränderungen gefunden, dagegen auch Nichts, was als directe Folge der Dehnung angesehen werden konnte.

Das Resultat, zu dem Verf. in der Epikrise bezüglich des therapeutischen Werthes der Nervendehnung bei Tabes kommt: „dass die Heilmethode wohl so gut wie definitiv abgeschafft sein dürfte", wird keinen Widerspruch erfahren. — Schliesslich spricht Verf. sich mit Rücksicht auf den mikroskopischen Befund und dessen Uebereinstimmung mit den von Strümpell gegebenen Einzelheiten für die Stellung der Tabes als „Systemerkrankung" aus. Eisenlohr.

---

20) **Fractura cranii comminuta et complicata cum depressione. Operationhelsa** af Dr. Bolling. (Hygiea. 1883. Dec. XLV. 12. S. 740.)

Ein 10jähr. Mädchen hatte einen Hufschlag an die rechte Seite der Stirn bekommen und die Wunde war einfach genäht worden. Bald stellte sich Fieber ein, das Kind wurde sonderbar, wie geisteskrank. Sie schwatzte unaufhörlich, sprang vorwärts und rückwärts, fragte unaufhörlich dieselbe Sache, schwatzte alle möglichen Worte auf r und zeigte eine grosse Vorliebe für diesen Buchstaben, den sie scharf aussprach und beständig widerholte. Das Gesicht war glühend roth, die Pupillen waren weit, die Augen glänzend, der Puls hart und rasch. Die Kranke wollte beständig essen und hörte nicht freiwillig damit auf. Die Wunde begann an der Haargrenze mitten oberhalb der rechten Augenbraue, 6 cm vom Orbitalrande entfernt, sie verlief schräg nach abwärts, ihre Länge maass 5 cm und der untere Wundwinkel war 6 cm vom Ohr entfernt; aus der Wunde floss stinkender Eiter ab. Nach Reinigung und Desinfection des Operationsfeldes konnte man eine tiefe Depression der Wundgegend sehen. Nach einem T-förmigen Schnitt wurden zwei Knochensplitterchen mit dazwischen geklemmten Haaren entfernt und so viel vom Knochen ausgemeisselt, dass man mit einem Elevatorium eingehen und den deprimirten Knochen heben konnte. Dabei sah man die Dura mater, pulsirend und mit einer Eiterschicht bedeckt, daliegen. Der Eiter wurde vorsichtig entfernt, die Wunde mit Carbolsäurelösung gereinigt, genäht, drainirt und nach Lister'scher Vorschrift verbunden. Am Tage nach der Operation war noch Betäubung in Folge derselben und der Chloroformirung vorhanden, allmählich aber trat normales psychisches Verhalten ein. Die Wunde heilte ausgezeichnet und Patientin konnte vollständig geheilt entlassen werden.

Walter Berger.

---

21) **Hyoscyamine in the treatment of insanity** by D. R. Brower. (The american Journ. of Neurol. and Psych. 1883. Nov. Vol. II. Nr. 4. p. 602.)

Im Anschluss an ausführliche Literaturangaben berichtet B. über 3 Fälle von puerperaler Geistesstörung, in welchen das Hyoscyamin (kryst.) sich als sehr günstig erwies.

A. Pick.

Forensische Psychiatrie.

22) **The case of Diedrich Mahnken, the insane murderer of D. Steffens** by Dr. L. C. Gray. (Americ. Journ. of Neurol. and Psych. 1883. p. 505.)

Der betreffende Fall scheint seiner Zeit bedeutendes Aufsehen gemacht zu haben. Ein gewisser Mahnken tödtete auf offener Strasse in Brooklyn einen harmlosen Bierfahrer durch 7 Revolverschüsse und zwar aus Eifersucht, die lediglich auf den charakteristischen Hallucinationen und Verfolgungsvorstellungen der geistesgestörten Trinker beruhte. Die ärztlichen Sachverständigen sowohl, als auch die Juristen waren einstimmig der Ansicht, dass der Mörder geisteskrank sei, aber die formelle Erklärung seiner Unzurechnungsfähigkeit machte eigenthümliche Schwierigkeiten, die durch den Wortlaut der betreffenden Gesetzesparagraphen bedingt waren. Nach dem neuen Codex für den Staat New-York von 1882 genügt nämlich die Anerkennung bestehender Idiotie oder Geisteskrankheit etc. durchaus nicht zur Aberkennung der Zurechnungsfähigkeit; es muss vielmehr in jedem einzelnen Fall noch besonders nachgewiesen werden, dass der Provocat nicht gewusst habe, was er gethan, oder dass er seine That nicht für schlecht erkannt habe. Mahnken gab aber, wie so viele Verbrecher, ganz richtig an, dass er seinen Nebenbuhler erschossen habe, und dass dies eine strafbare Handlung sei. Während der Verhandlungen über diese Frage gelang es übrigens doch den Sachverständigen, die thatsächliche Unzurechnungsfähigkeit des Mörders plausibel zu machen, und so wurde er denn einer Irrenanstalt übergeben.

Sommer.

Anstaltswesen.

23) **Thirty-second Report of Inspectors of Irish Asylums 1883.** (Journ. of mental Science. 1884. Jan.)

Die Zahl der Geisteskranken in Irland betrug Anfangs 1883: 13821, um 377 mehr als im Vorjahre, was jedoch nach den Anschauungen der Inspectoren wegen der starken Auswanderung keine Zunahme des Verhältnisses zu den Gesunden bedeutet. Die Mortalität in den öffentlichen Anstalten betrug 6 % gegen 6¾ % im Vorjahre; das Verhältniss der Heilungen zum Durchschnitt der Behandelten betrug wie im letzten Quinquennium 11¼ %; die Anstalten hatten keinen Todesfall durch Selbstmord oder Zufall zu verzeichnen.

Bezüglich weiterer Details siehe das Original; bemerkenswerth ist es, dass die irischen Inspectoren den thatsächlichen Fortschritt der psychiatrischen Wissenschaft nach der therapeutischen Seite hin leugnen. A. Pick.

---

24) **Twenty-fifth Annual Report of the General Board of Commissioners in Lunacy for Scotland for 1883.** (Journ. of ment. Science. 1884. Jan.)

Am 1. Januar 1883 fanden sich in Schottland 10510 Geisteskranke, davon 8793 Paupers und 63 geisteskranke Verbrecher (in Perth Prison); die Steigerung gegen das Vorjahr betrug 149, davon 135 Paupers, von denen jedoch nur 10 auf die Anstalten entfallen. Dieser zahlenmässige Ausdruck für den befriedigenden Zustand des schottischen Irrenwesens giebt der Redaction des Journals Anlass zu verschiedenen Englands Irrenwesen betreffenden Bemerkungen, aus denen wir nur mit Rücksicht auf einen bekannten s. Z. in Deutschland ausgefochtenen Streit den Wunsch herausheben, es möchte bei Gelegenheit neuer Irrengesetze darauf Bedacht genommen werden, dass in den grossen Städten entweder selbstständig oder als Abtheilungen der Spitäler oder Grafschaftsirrenhäuser kleine Heilanstalten speciell für acute Psychosen von kurzer Dauer errichtet würden, wodurch auch der schwindende Zusammenhang der allgemeinen Medicin mit dem Specialfache hergestellt würde. Ein specielle Untersuchung ist der Frage nach den Beziehungen der Volksdichtigkeit zur Zahl der Geisteskranken gewidmet. A. Pick.

---

25) **Thirty seventh Report of the Commissioners in Lunacy. March 31. 1883.** (Journ. of ment. science. 1884. Jan.)

Der Bericht constatirt eine neuerliche Steigerung der Geisteskranken in England und Wales, und zwar auf 77196 (1. Jan. 1883), sodass jetzt 1 Kranker auf 346 der geschätzten Bevölkerung kommt; doch erklären die Commissioners die Steigerung der Pauper Lunatics als bedingt durch die um 1 % gesunkene Sterblichkeit derselben und durch die Häufung der chronischen Fälle.

Von den neu Aufgenommenen des Jahres 1882 waren 9,2 % Epileptische, 8,5 % Paralytische; unter den Kranken der Privatanstalten waren 4 % Epileptische und 6,3 % Paralytische; unter den Paupers 10,2 % Epileptische und 8,9 % Paralytische. —

Ausser statistischen Tabellen folgen verschiedene Bemerkungen über Nachtwachen namentlich bei den Epileptischen. A. Pick.

III. Aus den Gesellschaften.

IV. Congresso della società freniatrica italiana in Voghera, 16.—22. Sett. 1883. (Rivista sperimentale di freniatria. 1883. XI. 4. p. 206.)

Amadei bespricht an der Hand von über 400 Messungen das Verhältniss zwischen Körpergrösse und Schädelcapacität. Es findet sich im Allgemeinen eine gewisse Proportionalität; weibliche Schädel besitzen bei gleicher Körpergrösse geringere Capacität, als männliche.

Raggi berichtet über abnorme Furchenbildung am Occipitalhirn und die Rolle, welche dabei möglicherweise den Druck- und Circulationsverhältnissen zukommt.

Rezzonico beschreibt die feinere Structur der Hornscheiden centraler markhaltiger Nervenfasern.

Fusari zählt die Bestandtheile auf, aus denen sich die Fibrae arcuatae an der Grenze zwischen Körnerschicht und Rindenschicht des Kleinhirns zusammensetzen, nämlich: 1) Aestchen von den Axencylinderfortsätzen der Purkinje'schen Zellen, 2) Fortsätze der „Körner", 3) Fasern aus der Markleiste.

Golgi begründet den Typus der motorischen Zelle, welchem er einen direct in eine Nervenfaser übergehenden Axencylinderfortsatz zuschreibt.

Luciani hat in der Tiefe des Sulcus cruciatus bei Hunden mechanische Erregbarkeit der Hirnrinde gefunden und schreibt den gewöhnlichen Mangel derselben den Einflüssen der Operation zu.

Derselbe Forscher fand experimentell als Folge von Fortnahme des Kleinhirns nach einer anfänglichen Störung der Coordination eine besondere Form von Ataxie, die sich durch die Herabsetzung des Muskeltonus und der Bewegungsenergie auszeichnet (Astenia cerebellare), endlich auch eine allgemeine Abnahme der Ernährung (Distrofia generale).

Bechterew bezeichnet auf Grund von Versuchen als Centrum für den Tastsinn bei Hunden die Gegend hinter dem Gyrus sigmoideus, als solches für den Muskelsinn und die Schmerzempfindlickeit Theile der 3. und 4. Bogenwindung.

Barreggi schreibt den Spinalganglien nur einen modificirenden Einfluss auf den Gefässtonus (abhängig vom übrigen Centralnervensystem) zu und verwirft die Idee direct trophischer Einwirkungen.

Amadei konnte von 318 Schädeln nachweisen, dass namentlich bei psychischen Entartungen das Gewicht derselben die Norm zu übersteigen pflegt. Derselbe fand die grössten Hirngewichte bei Manie und Melancholie, die geringsten beim angeborenen und erworbenen Schwachsinn, sowie bei der Paralyse, besonders den späteren Stadien. Analoge Ergebnisse stellten sich heraus in Bezug auf das Verhältniss zwischen Hirngewicht und Schädelcapacität. Dasselbe war am grössten in der Manie und Melancholie, am geringsten bei dem secundären Schwachsinn und der Paralyse. Bei diesen Schwächezuständen hatten die Männer verhältnissmässig mehr an Hirngewicht verloren, als die Weiber.

Verga giebt an der Hand von 136 Autopsien statistische Notizen über das Vorkommen der Trabecula cinerea. Dieselbe soll bei Weibern häufiger sein, als bei Männern, bei Gesunden häufiger als bei Geisteskranken, besonders Epileptikern.

Funnioli hat einen Melancholiker mit linksseitiger atrophischer Lähmung beobachtet, bei dem beide hintere Centralwindungen durch eine zur Fissura Rolando parallele Spalte verdoppelt und sehr stark entwickelt waren.

Bianchi führt einen Fall von doppelseitiger Porencephalie in der Gegend der Centralwindungen bei einem 73jährigen, rechtsseitig hemiplegischen, aber weder aphasischen noch idiotischen Manne an. Links war der Ausfall grösser, die betreffende Pyramide atrophirt.

Tamburini und Riva wiesen unter 60 paralytischen Gehirnen 56mal Läsionen der Stirnlappen, 44mal solche der Scheitellappen, 27mal der Sphenoidalpartien, 19mal

der Schläfenlappen, 9mal der Hinterhauptslappen, 3mal der Insel und 30mal der Centralwindungen nach. Die Befunde entsprachen im Allgemeinen nach den herrschenden Anschauungen den klinischen Symptomen. Die Abnahme der Tast- und Schmerzempfindlichkeit mit motorischen Störungen wurde auf Veränderungen in der als „sensorisch" aufgefassten Gegend der Centralwindungen bezogen.

Marchi sah in 9 Fällen von Paralyse keine Affection der corticalen Zellen, nur einmal diffuse, sonst stets localisirte Sklerose, besonders in der Stirn- und motorischen Region, mit Gefässwucherung. Im Rückenmark fiel ihm ausser vereinzelten Atrophien der Vorderhornzellen keine Veränderung auf.

Algeri und Cividalli zählen an 47 Fällen von Epileptikern eine Reihe sehr mannigfaltiger und vieldeutiger Sectionsbefunde, zumeist an der Hirnrinde, auf. Die Ammonshörner waren nicht in auffallender Häufigkeit betheiligt. E. Kräpelin.

Société de Biologie in Paris. Sitzung den 23. Febr. 1884.

Malassez theilt eine Arbeit von Dr. Nicati über gewisse weniger bekannte Begleiterscheinungen der **Migräne** mit. Es sind das Störungen sensibler Natur — Hauthyperästhesien, Formicationen — oder sensorieller und zwar in allen Sinnen: eigenthümliche Lichterscheinungen und Scotome; sausende und brummende Geräusche; perverse Geruchs- und Geschmacksempfindungen.

Andererseits treten motorische Störungen auf, wie Pupillendilatation, Paralyse des Müller'schen Ringmuskels im Auge; endlich auch psychische Alterationen mit Schlaflosigkeit, Verlust des Gedächtnisses, aphasischen Erscheinungen etc. — Es können also alle cerebralen Centren in Mitleidenschaft gezogen werden, wenn auch im einzelnen Falle nicht alle genannte Symptome aufzutreten brauchen.

Dastre hat im Verein mit Morat „Untersuchungen über den **Einfluss asphyctischen Blutes auf die Nerven des Circulationssystems**" angestellt und constatirt, dass das asphyctische Blut ausschliesslich Reizerscheinungen hervorruft. Denn 1. sei am Herzen die eintretende Verlangsamung die Folge einer überwiegenden Reizung der Vagus-Kerne; und was 2. die Gefässe betreffe, so sei der Eintritt der Röthung der Ohren resp. der Haut überhaupt auf Erregung der Vasodilatatoren zurückzuführen, während andererseits an den blass werdenden Eingeweiden die Gefässconstrictoren überwiegen.

Sitzung den 1. März 1884.

Gilles de la Tourette theilt einen Fall von nervösem **Speichelfluss** mit, der ein entschieden neuropathisches Individuum betraf. Es trat bei diesem eines Tages plötzlich ein heftiger neuralgischer Schmerz in der Gegend der Backe (auf einer Seite?) mit Anschwellung und starker Röthung daselbst ein und gleichzeitig ein reichlicher Speichelfluss, 1200 Gramm (in welcher Zeit?). Der Speichel hatte durchaus die Eigenschaft des Parotidenspeichels, es fanden sich in demselben nur Epithelzellen der Drüsenausführungsgänge, keine eigentlichen (kelchförmigen) Drüsenzellen.

Magnan hielt einen interessanten Vortrag über **„eine besondere Form von Delirium mit einer maasslosen Neigung für die Thiere"**, wobei er Gelegenheit hatte, eine gewisse Anzahl derjenigen, welche sich besonders lebhaft an der antivivisectionistischen Agitation betheiligen, als geisteskrank nachzuweisen. Eine von diesen Kranken befindet sich zur Zeit in M.'s Behandlung im Asyl Sainte Anne.

Hadlich.

Société anatomique. Séance du 11. Mai 1883. (Progr. méd. 1884. No. 4.)

Ballet berichtet über einseitige Sklerose des Burdach'schen Stranges bei einer Ischias. Da die peripheren Nerven nicht untersucht worden waren, konnte nicht fest-

gestellt werden, ob es sich um eine zum Rückenmark fortgeschrittene Neuritis ascendens handelte. Tuczek.

Geehrter Herr Redacteur!

Die Erwiderung des Herrn Richard Schulz auf meinen Aufsatz „Ueber die Bedeutung der Vacuolenbildung in den Nervenzellen“ (vgl. Nr. 3 u. 4 d. Bl. 1884) veranlasst mich zu folgenden Bemerkungen:

Nachdem ich die Irrthümlichkeit der von Herrn Schulz aufgestellten Behauptung, dass die Vacuolen in den Rückenmarkszellen ein durch Härtung bedingtes Kunstproduct seien (vgl. d. Bl. 1883, S. 533—534), unwiderleglich dadurch bewiesen habe, dass vacuolisirte Zellen auch aus nicht erhärteten Präparaten pathologischer Rückenmarke sich isoliren lassen, bei gesunden Thieren jedoch auch in erhärteten nicht gefunden werden (vgl. d. Bl. 1884, Nr. 3, S. 56), modificirt Herr Schulz seine Auffassung in dem Sinn, dass unter Anderem auch Druck mit dem Deckgläschen Vacuolisation hervorbringen könne. Zugleich schliesst er seine Erwiderung mit der Widerholung seiner früheren Ansicht, dass der Vacuolenbildung eine pathologische Bedeutung nicht zukommt (vgl. d. Bl. 1884, Nr. 6, S. 124). Aus der Art der Beweisführung in der in Rede stehenden Erwiderung ist meines Erachtens zu ersehen, dass Herr Schulz überhaupt an der Unumstösslichkeit dieser Ansicht in einer Weise festhält, die eine Fortsetzung der Polemik nutz- und fruchtlos erscheinen lässt.

Die in der Erwiderung des Herrn Schulz enthaltenen Ausführungen, dass ein Rückenmark als nicht krankhaft verändert angesehen werden muss, wenn es makroskopisch einen gesunden Eindruck macht (sic!), dass das Verhungern doch keine eigentliche Krankheit ist und die sich bei der Section findenden Veränderungen nur die einer allgemeinen Atrophie sämmtlicher sonst normaler Organe seien etc., können keine specielle Widerlegung erfordern.

Genehmigen Sie etc.

St. Petersburg, den $\frac{11.}{23.}$ März 1884. P. Rosenbach, Dr. med.

IV. Vermischtes.

Aus dem Bericht der franz. Commission für die Irrengesetzgebung (s. vorige Nummer S. 168) sei noch erwähnt, dass in demselben die Gehälter der Aerzte folgendermaassen festgestellt sind: 1. Aerztliche Directoren 5—8000 fr. (bisher 3—8000 fr.). 2. Chefärzte 5—8000 fr. (bisher 3—8000 fr.). 3. Assistenzärzte 3—4000 fr. (bisher 2—4000 fr.). Die Aufrückung in eine höhere Gehaltsklasse erfolgt bei 2 und 3 nach mindestens 2jähriger, bei 1 nach mindestens 3jähriger Dienstzeit.

Nach Art. 68 des bestehenden Irrengesetzes dürfen sich die Chefärzte öffentlicher Irrenanstalten in keiner Weise, auch nicht als consultirende Aerzte, an einer Privat-Irrenanstalt betheiligen. Dies soll auch für die Zukunft gelten, wenigstens für die Aerzte an öffentlichen Anstalten, die in der Pensionsabtheilung oder in dem Aufnahmebureau thätig sind; ob für die übrigen eine Erlaubniss zu solcher privater Thätigkeit gegeben werden kann, blieb unentschieden (Ball und Bourneville dafür, Herold und Lunier dagegen, Pilon enthielt sich der Abstimmung). Die Privatpraxis bleibt im Uebrigen frei, sie ist im Uebrigen sehr beschränkt, selbst in Paris, wo sie nach Lunier's Angaben kaum 50000 fr. beträgt.

M.

Berichtigung: Nr. 7 S. 149 Zeile 9 v. o. lies „Hypothenar“ statt „Thenar“.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 1. Mai. No. 9.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** 1. Ueber das Vorkommen gequollener Axencylinder im Rückenmarke von **Friedrich Schultze.** 2. Ueber das Verhalten der Axencylinder bei der multiplen Sklerose von **Friedrich Schultze.**

II. Referate. Anatomie. 1. Experimentelle Beiträge zur Kenntniss der Pyramiden- u. Schleifenbahn. — Experimentelle Physiologie. 2. Ueber secundär-elektromotorische Erscheinungen an Muskeln u. Nerven von **Hermann.** — Pathologische Anatomie. 3. Fall von Arhinencephalia unilateralis bei einem erwachsenen Manne von **Selenkoff.** — Pathologie des Nervensystems. 4. Ueber die juvenile Form der progressiven Muskelatrophie u. ihre Beziehungen zur Pseudohypertrophie der Muskeln von **Erb.** 5. A contribution to the morbid anatomy and symptomatology of pons lesions by **Spitzka.** 6. De l'hémiplégie homonyme de la face et des membres dans les lésions en foyer de la protubérance annulaire par **Rondot.** 7. Tumour of left side of pons Varolii with Hyperpyrexia by **Smith.** 8. Zur Casuistik der Hirntumoren von **Beck.** 9. Hémorrhagie et ramollissement de la couche optique; anesthésies sensorielles par **Rousseau.** 10. Zur Casuistik der Localisation der Grosshirnfunctionen von **Claus.** 11. Paresis et contracturae extremitatum ex imaginatione von **Tschirjew.** — Psychiatrie. 12. Observation et autopsie d'une aphasique devenue successivement aliénée et monoplégique par Rousseau. 13. The influence of hereditary syphilis in the production of idiocy or dementia by **Bury.** 14. Othaematoma by **Madigan.** 15. Einfluss stumpfer Gewalten auf das äussere Ohr, mit bes. Berücksichtigung der Othämatombildung, von **Fränkel.** 16. Una famiglia di suicidi pel **Maccabruni.** 17. Lypémanie chronique avec délire des négations par **Sizaret.** — Therapie. 18. Ungleichartige therapeutische Wirkungsweise der zwei elektrischen Stromesarten und die elektrodiagnostische Gesichtsfelduntersuchung von **Engelskjön.** 19. Prompt and complete cure of some paralyses caused by cerebral haemorrhage by **de Renzi.** 20. Osmiumbehandlung der peripheren Neuralgien von **Eulenburg.** 21. Ueber die Beziehungen zwischen Idiotie und Epilepsie von **Wildermuth.** — Anstaltswesen. 22. Bericht über die Verwaltung der Westpreuss. Provinzial-Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Schwetz 1882—1883 von **Wendt.** 23. Congregate and segregate buildings for the insane by **Dewey.** 24. Projet de loi portant revision de la loi du 30. Juin 1838 sur les aliénés. Bericht der Commission an den Präsidenten der Republik.

III. Aus den Gesellschaften. — IV. Bibliographie. — V. Personalien. — VI. Vermischtes.

I. Originalmittheilungen.

1. Ueber das Vorkommen gequollener Axencylinder im Rückenmarke.

Von Prof. Dr. **Friedrich Schultze** in Heidelberg.

In einem Aufsatze über die pathologische Anatomie der Chorea, des Tetanus und der Lyssa (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1877. S. 383 ff.) erwähnte ich kurz des Befundes von Quellungserscheinungen an Axencylindern im Rückenmarke eines Mannes, welcher an Granularatrophie der Nieren zu Grunde gegangen war

und bei Lebzeiten keinerlei Symptome einer Meningitis oder Myelitis dargeboten hatte. In Anbetracht des Umstandes, dass an der Retina von Nephritischen nicht selten sogenannte hypertrophische Axencylinder sich finden, wie seit HEINRICH MÜLLER bekannt ist, durchforschte ich bei einer Reihe von Individuen, die an chronisch-parenchymatöser und chronisch-interstitieller Nephritis gestorben waren, die Medulla spinalis in systematischer Weise. In 3 Fällen von 6 fanden sich nun in Wirklichkeit derartige Axencylinderquellungen vor, besonders im Dorsaltheil und in der Gegend des unteren Theiles der Halsanschwellung und zwar meistens in der Peripherie der Seitenstränge. Gewöhnlich sind nur einzelne Axencylinder ergriffen, wobei ich nur solche Volumsvergrösserungen als unzweifelhafte bezeichne, die weit über das stärkste Normalmaass des Durchmessers eines Axencylinders hinausgehen. Bei zwei Rückenmarken waren grössere Gruppen Nervenfasern erkrankt, bis zu etwa 20 in einer einzelnen Gruppe, so dass neben den unförmlichen Quellungserscheinungen auch Zerfall einzelner vorhanden war. Von Wucherungen der Glia oder von Zellinfiltrationen in der Umgebung war keine Spur vorhanden. An einem der Rückenmarke waren auch besonders die Ganglienzellen mehr hyalin und gedunsen, nicht von dem gewöhnlichen Aussehen. In mehreren andern waren die sternförmigen Figuren, welche das Bindegewebe zwischen den Nervenfasern an dem Orte des Zusammenfliessens mehrerer Fasern bildete, sehr schön und aussergewöhnlich stark ausgeprägt; besonders auffallend waren in einem Falle ziemlich reichliche DEITERS'sche Zellen in der grauen Substanz, welche also selbst in grösseren Quantitäten noch keineswegs als pathologisch in dem Sinne zu bezeichnen sind, dass klinisch nachweisbare Functionsstörungen durch sie bedingt werden.

Wenn man sich die Frage nach der Entstehung dieser eigenthümlichen Quellungen vorlegt, so könnte man zunächst daran denken, dass eine Meningitis vorgelegen hätte. Dieselbe fehlte aber völlig; und in dem einen Falle, in welchem wirklich eine solche vorhanden war in Begleitung einer Basilarmeningitis, welche als solche diagnosticirt worden war und vergesellschaftet mit einer Blutung in dem Trabs cerebri, fehlten die Axencylinderquellungen. Die Meningitis war übrigens in diesem Falle nur schwach und mehr auf den Arachnoidealraum beschränkt.

Angesichts der bekannten Untersuchungen von RUMPF über den Einfluss der Lymphe auf Nervenfasern, die von ihren trophischen Apparaten getrennt sind, könnte man dann ferner an die Wirkung eines vorhandenen Oedems denken. Allerdings sind die in den oben erwähnten Fällen von Nephritis erkrankten Nervenfasern keineswegs nachweisbar von ihren zugehörigen Ganglienzellen vor der Quellung abgeschnitten gewesen; aber es bleibt die Annahme einer stärkeren ödematösen Durchtränkung doch naheliegend. Indessen waren bei manchen der untersuchten Nephritiker nur geringfügige Oedeme vorhanden gewesen, und in einem besonders deswegen untersuchten Falle eines Mannes, der unter erheblichen allgemeinen hydropischen Erscheinungen verstorben war, konnte ich keine Spur der erwähnten Quellungserscheinungen finden.

Dass die Oedeme und der Hydrops gar keine Rolle bei den erwähnten

Vorgängen zu spielen brauchen, lehrte auch der nachfolgende eigenthümliche Fall. Bei einem Leukämischen nämlich, der keine Oedeme dargeboten hatte, fanden sich die Quellungserscheinungen an den Axencylindern im ganzen Rückenmarke verbreitet in aussergewöhnlich starkem Maasse. Eine spinale Erkrankung diagnosticirbarer Art hatte nicht bestanden; eine Meningitis fehlte auch anatomisch vollkommen. Sowohl in der ganzen Halsanschwellung, als im Dorsaltheile waren in allen Strängen, am stärksten in den Seitensträngen, einzelne oder ganze Gruppen von Axencylindern erheblich gequollen und zum Theile zerfallen. Fast auf jedem Querschnitte erblickte man entweder einzelne solcher Gruppen von 3—20 veränderter Axencylinder oder wenigstens an verschiedenen Orten zerstreut einzelne enorm gequollene Axenfasern. Von entzündlichen Erscheinungen oder deutlicher gesprochen, von partiellen Anhäufungen weisser Blutkörper oder ähnlicher Zellen keine Spur; ebensowenig Blutungen.

In diesem Falle kann ein Oedem als Ursache nicht angenommen werden, und es erscheint mir nur möglich, hier von einer Ernährungsstörung der Axencylinder im Allgemeinen zu sprechen, die sich in letzter Instanz auf die unzweifelhaft veränderte Blutbeschaffenheit zurückbeziehen liesse, ähnlich wie auch bei den Nephritischen eine allgemeine Dyscrasie in Folge der Retention des Harntoffes der Nervenfaserveränderung zu Grunde liegen mag.

Es erhellt von selbst, welche Bedeutung ein derartiger Befund für solche Fälle hat, in denen keine acute oder chronische Entzündung der Medulla spinalis und ihrer Meningen zu Grunde liegt, d. h. in denen nicht die Erscheinungen der Extravasation von rothen und weissen Blutkörpern und entschiedener Wucherungsvorgänge an den Gliazellen vorliegen. Ein etwa zufällig vorhandener Tetanus oder eine Tetanie, eine Chorea oder Lyssa, selbst eine aufsteigende acute Paralyse wäre nicht so ohne Weiteres mit diesem Befunde in ätiologischen Zusammenhang zu bringen.

---

2. Ueber das Verhalten der Axencylinder bei der multiplen Sklerose.

Von Prof. Dr. **Friedrich Schultze** in Heidelberg.

Dass sich bei multipler Sklerose, auch wenn sie die ganzen Pyramidenbahnen oder die Hinterstränge quer durchsetzt, keine oder eine unverhältnissmässig geringe secundäre Degeneration zeigt, ist höchst auffallend.

Bei genauerer Untersuchung fand ich in früher mitgetheilten Fällen dieser Art wenigstens eine geringfügige mikroskopisch nachweisbare secundäre Degeneration an den gesetzmässig vorgeschriebenen Stellen. Immer von Neuem muss es aber an vielen Abbildungen der verschiedensten Autoren bei intensiver und ausgebreiteter multipler Sklerose überraschen, wie trotz der durch die Zeichnung markirten Vernichtung des ganzen Querschnittes der langen Bahnen keine secundäre Degeneration sich aufgezeichnet findet.

In einem Falle derartiger multipler Sklerose des Rückenmarks oder ausgebreiteter unregelmässig vertheilter chronischer Myelitis, wie man das nennen

mag, fand ich vor Kurzem die Pyramidenbahnen des Halstheiles nebst dem grössten Theile der Vorder- und Seitenstränge von dem abnormen Prozesse ergriffen, und ebenso fast das ganze Hinterstranggebiet im unteren Halstheil. Es waren nach der Härtung in MÜLLER'scher Flüssigkeit die bekannten Verfärbungen an den genannten Abschnitten in intensiver Weise aufgetreten und bei der Carminfärbung eine dunkle und diffuse Carminfärbung derselben erfolgt. Von einer secundären Degeneration dagegen in den Seitensträngen des Dorsaltheiles und in den Hintersträngen des obersten Halstheiles war weder makroskopisch noch mikroskopisch irgend etwas zu sehen. An manchen Partien des Dorsaltheiles zeigten sich allerdings dem Bilde der gewöhnlichen multiplen Sklerose entsprechend ganz unregelmässig zerstreute kleinere Plaques und im Lendentheile war eine theilweise Degeneration der Pyramidenbahnen zu sehen, die mit einer fleckweisen Entartung der übrigen Partien der Seitenstränge sich verband. Die graue Substanz der Vordersäulen war im Halstheile partiell entschieden erkrankt.

Die klinischen Symptome waren diejenigen einer fortschreitenden (mit sensiblen Störungen complicirte?) spastischen Paralyse gewesen, die erst kurz vor dem Tode zu Unmöglichkeit zu gehen, aber nicht zu völliger Paralyse der Beine geführt hatte. Eine deutliche partielle Muskelatrophie an den Oberextremitäten war nicht zu finden gewesen.

Was hat nun ein derartiger anatomischer Befund zu bedeuten?

Ist das WALLER'sche Gesetz der secundären Degeneration doch kein Gesetz? Kann trotz völliger Vernichtung irgend welcher Nervenbahnen die sonst regulär nach bestimmter vorgeschriebener Richtung hin eintretende secundäre Degeneration ausbleiben?

Oder handelte es sich nur um eine anscheinend complete Degeneration der betroffenen Partien, womit die klinischen Erscheinungen gut übereinstimmen würden, da eine complete Paralyse fehlte?

Bekanntlich hat CHARCOT behauptet, dass bei sklerotischen Vorgängen auch in der centralen Region sklerotischer Herde noch die Axencylinder als letzte Spuren der Nervenfasern „in gewisser Anzahl" persistiren. Diese Thatsache ist richtig; es gelingt aber nicht bei der Carminfärbungsmethode über die Zahl der etwa vorhandenen nackten Axencylinder etwas Bestimmtes zu erfahren; und in dem vorliegenden Falle war an Querschnitten überhaupt von Axencylindern in der sklerotischen und sicher marklosen Substanz nichts zu erblicken. Um darüber in's Klare zu kommen, sind andere Methoden erforderlich.

In überraschender Weise gelingt dies mit Hülfe der vor Kurzem im Ctrlbl. d. med. Wissensch. mitgetheilten FREUD'schen Goldchloridmethode. Durch dieselbe wird an gelungenen Präparaten das Nervenmark bläulich-schwarz, und zwar nicht minder scharf als bei der neuesten WEIGERT'schen Hämatoxylin-Blutlaugensalzfärbung gefärbt; die Axencylinder und Ganglienzellen werden dunkelroth resp. braun und die Glia erhält einen schwach röthlichen oder bläulichen Farbenschimmer; ihre einzelnen Fasern werden nicht distinct hervorgehoben. Es gelang mir an den betreffenden Querschnitten, auf das Deutlichste

eine grosse Menge von Axencylindern innerhalb des destruirten Gewebes zu sehen. Dieselben waren völlig ohne Nervenmark, zum Theil etwas gequollen, zum Theil wohl auch kleiner und durchsetzten in ungewohnt grosser Anzahl das „sklerotische" Gewebe. In den Vordersträngen und an manchen Stellen waren sie allerdings völlig verschwunden.

Sehr eigenthümlich verhielt sich ein grosser Theil der grauen Substanz, die sowohl an einfachen Glycerin- als auch an Carminpräparaten partiell afficirt erschien. In den normal gebliebenen Theilen derselben erschien das Nervenmark sehr schön gefärbt — ganz so wie bei der ebenfalls ausgeführten Weigert'schen genannten Methode —, in den sklerosirten Partien lagen die Ganglienzellen mit ihren Axencylinderfortsätzen zum grossen Theil intact in dem gewucherten Gliagewebe, zum kleinen Theil atrophirt; aber jede Spur von Nervenmark war verschwunden, so dass die Grenze zwischen dem marklosen und markhaltigen Theile der Vorderhörner sehr scharf sich markirte.

Im Dorsaltheile waren die Pyramidenbahnen ganz intact; es war weder das Mark noch die Axenfaser geschwunden.

Durch diesen Befund wird das Ausbleiben der secundären Degeneration leicht verständlich; es ergiebt sich die, wie ich glaube, nicht unwichtige Thatsache, dass selbst der völlige Verlust der Markscheide in einer circumscripten Höhenausdehnung keine secundäre Degeneration bedingt, auch nicht in der Markscheide selbst, sondern dass dieselbe nur durch eine erhebliche Alteration des Axencylinders herbeigeführt wird.

Der sklerotische Prozess vernichtet offenbar in erster Linie die Markscheide und lässt die Axencylinder ausserordentlich lange intact. Da eine genauere Krankengeschichte des betreffenden Falles mir leider nicht zu Gebote steht, vermag ich über das genauere Alter des Krankheitsprozesses nichts anzugeben; jedenfalls bestand es aber schon mehrere Jahre.

Ausführlichere Mittheilung soll bei einer späteren Gelegenheit erfolgen.

II. Referate.

Anatomie.

1) Experimentelle Beiträge zur Kenntniss der Pyramiden- und Schleifenbahn von v. Monakow. (Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. 1884. Nr. 6 u. 7.)

v. M. theilt seine Untersuchungen über den Verlauf der Pyramidenbahn und der Rindenschleife bei Katze und Kaninchen mit; er gelangte zu seinen Resultaten durch das Studium der Ausfallsatrophien nach Exstirpationen am neugeborenen Thier und zwar: bei der Katze nach Abtragung einerseits des gesammten Gyrus sigmoideus, andererseits der Parietalwindungen einer Seite; beim Kaninchen einerseits nach Abtragung des Stirnhirns einer Seite, andererseits nach Durchschneidung einer Rückenmarkshälfte dicht unter der Pyramidenkreuzung. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Pyramidenbahn. Bei der Katze stammen sehr viele, aber nicht alle Pyramidenfasern aus dem G. sigmoideus; sowohl bei der Katze als beim Kaninchen ist die Wegnahme des vordersten Frontalendes nothwendig, um eine totale Pyramidenatrophie zu erzeugen. Bei Durchschneidung der der Pyramidenbahn entstammenden

Projectionsbündel degeneriren die Pyramidenfasern von der Operationsstelle an aufwärts bis in die unteren Rindenschichten. Im Hirnschenkelfuss sind den Pyramidenfasern Bündel aus dem Streifenhügel und Lob. olfactorius beigemengt, die bei Ausfallsatrophie der Pyramide erhalten bleiben und bis in die Ebenen des Corpus trapezoideum reichen. Mit der Pyramidenbahn verläuft und atrophirt ein anderes Rindenbündel, das mit der ebenfalls atrophirenden Subst. nigra in Verbindung steht. Ein nicht unbedeutender Theil der Pyramidenbahn findet in den Processus reticulares der grauen Säulen, wenigstens des Halsmarks, ein vorläufiges Ende (Atrophie der Ganglienkörper in denselben), während eine Verbindung mit den Ganglienkörpern des Vorderhorns nicht nachweisbar ist.

2) Rindenschleife, d. i. derjenige Theil der Schleife, der durch Läsion des Grosshirns in seiner Entwickelung beeinflusst wird. Sie stammt aus der Rinde des Parietalhirns, zieht höchst wahrscheinlich durch Vermittlung der Zellen des äusseren und des hinteren Sehhügelkerns in das dorsale Mark der Reg. subthalamica und von hier aus in die „Schleifenschicht"; hier laufen die Fasern in derselben Richtung bis in die Ebenen des Corp. trapezoid., wo sich ihre Bündel zu kreuzen anfangen. Nach der Hauptkreuzung, die in den unteren Ebenen der unteren Olive geschieht, verlaufen die Rindenschleifenfasern als circuläre Fasern in den Kern der zarten Stränge (der bei Ausfallsatrophie der Rindenschleife in auffallender Weise atrophisch wird). Höchst wahrscheinlich handelt es sich bei der Rindenschleifenbahn um eine centripetale „psychosensorische" Bahn. Tuczek.

Experimentelle Physiologie.

2) Ueber sogenannte secundär-elektromotorische Erscheinungen an Muskeln und Nerven von Hermann. (Pflüger's Archiv. Bd. XXXIII. H. 3 u. 4.)

Die neueren Mittheilungen du Bois-Reymond's über secundär-elektromotorische Erscheinungen und die von diesem ausgesprochene Ansicht, dass die Erforschung des Elektrotonus von neuem zu beginnen habe, veranlassen den Verf., die Angaben und Bemerkungen du Bois-Reymond's einer erneuten Prüfung zu unterwerfen.

Die erste Abtheilung bildet die experimentelle Untersuchung der Frage nach dem Entstehen und Verhalten der verschiedenen Nachströme, unter welchen du Bois-Reymond bekanntlich ausser dem galvanisirenden, also dem primären Strom entgegengesetzten, auch einem gleichsinnigen oder einem doppelsinnigen zuerst entgegengesetzten, dann gleichsinnigen beschrieben hatte.

Als Resultat von H.'s Untersuchung am Muskel ergiebt sich nun, dass die Ableitung unmittelbar an der Anode die günstigste, die Ableitung unmittelbar an der Kathode die ungünstigste Bedingung zur Erhaltung des gleichsinnigen intrapolaren Nachstroms ist und dass diese gleichsinnige Phase des Nachstroms am Muskel lediglich von der Anodenstrecke herrührt. Diese gleichsinnige Nachwirkung führt H. auf die mit der Oeffnungserregung des Stroms an der Anode entstehende Modification zurück, innerhalb deren sich jeder der Anode nähere Punkt negativ gegen jeden entfernteren verhält. Am Nerven konnte H. entsprechend dieser Erwägung constatiren, dass die gleichsinnige Nachstromphase regelmässig ausbleibt, wenn die physiologische Anode am künstlichen Querschnitt liegt und von diesem auch abgeleitet wird.

Für die extrapolare Strecke ergab sich für den Nerven ein doppelsinniger anodischer Nachstrom, zuerst gleichsinnig, dann gegensinnig und ein durchweg gleichsinniger kathodischer Nachstrom; für den Muskel formulirt H. das Gesetz in folgender Weise: Auf beiden Seiten des polarisirenden Stromes zeigt sich nach der Oeffnung zuerst ein demselben gleichsinniger Nachstrom; diesem folgt aber auf der Anodenseite eine gegensinnige lang anhaltende Ablenkung, während

der gleichsinnige kathodische Nachstrom sein Vorzeichen nicht umkehrt, sondern eine sehr bedeutende Grösse erreicht und dann vollständig verschwindet.

Es folgen dann allgemeine Versuche über Polarisation und die Erklärung der secundär-elektromotorischen Erscheinungen.

Als Schlussresultat dieser und früher gegen die Moleculartheorie du Bois-Reymond's gerichteten Arbeiten schlägt H. 4 Sätze vor, um sämmtliche galvanische Erscheinungen zu erklären:

1) Das Protoplasma wird durch partielles Absterben in der Continuität, sei es durch Verletzung oder Metamorphose negativ elektrisch gegen den unveränderten Theil.

2) Das Protoplasma wird durch partielle Erregung in der Continuität negativ elektrisch gegen den unveränderten Theil.

3) Das Protoplasma wird durch partielle Erwärmung in der Continuität positiv, durch Abkühlung negativ gegen den unveränderten Theil.

4) Das Protoplasma ist an seiner Grenzfläche stark polarisirbar; die Polarisationsconstante nimmt durch Erregung und durch Absterben ab.

Zu erwähnen dürfte aus der Arbeit ferner noch sein, dass der Verf. der von Grützner aufgestellten Theorie der Oeffnungserregung auch nach den neuen Untersuchungen nicht beizutreten vermag. Rumpf.

Pathologische Anatomie.

3) **Ein Fall von Arhinencephalia unilateralis bei einem erwachsenen Manne** von Dr. Selenkoff, Petersburg. (Virchow's Archiv. Bd. 95. H. 1.)

Ein 34jähriger Mann zeigte folgende angeborene Missbildung: Die rechte Nasenhälfte fehlte und war durch ein vom inneren oberen Rande der Orbita herabhängendes weiches rüsselförmiges Gebilde ersetzt, das für eine Sonde bis zum Grunde durchgängig und durch einen fast 1 cm langen knorpeligen Fortsatz im Innern gestützt war. — Lidschluss rechts nicht möglich, rechte Cornea pannös. Am unteren rechten Lide keine Thränenpunkte; die rechte Augenbraue am inneren Ende länger und tiefer reichend als die linke. Linke Nasenhälfte gewöhnlich.

An der Oberlippe kein Filtrum, kein Lig. labii int.

Der Gaumen zeigte auf seiner rechten Hälfte eine tiefe Längsfurche, aber keine Spalte. — Rechts nur ein Schneidezahn (kein Zwischenkiefer). — Wie nur eine vordere (linke) Nasenöffnung, so auch nur eine (linke) Oeffnung nach den Choanen. — Kein Vomer. — Keine Spur eines Os nasale dextrum.

Das Os ethmoid. und Lamina cribrosa fehlten rechts vollständig, wie auch die rechte Stirnhöhle. — Sonst sei noch erwähnt, dass die rechte Orbitalöffnung weiter war, als die linke und dass das Antrum Highmori rechts fehlte.

Die Dura cerebri stark verdickt (potator); Hyperämie und Oedem der Meningen. Hirnsubstanz blutarm, weich. Seitenventrikel wenig dilatirt. — Die Grosshirnhemisphären vollständig getrennt, rechter Bulbus (lobus?) olfact. nur rudimentär entwickelt, ungefähr 1 cm langer Fortsatz an der entsprechenden Stelle. Chiasma gut ausgebildet.

(Dieser höchst interessante Fall dürfte — seiner Halbseitigkeit wegen — die Annahme einer Bildungshemmung, d. h. eines Stehenbleibens auf einer bestimmten Entwickelungsstufe (wie Kundrat will, s. d. Centralbl. 1883 Nr. 11), als Erklärung der Arhinencephalie ausschliessen; vielmehr bleibt wohl nur die Annahme eines durch einen pathologischen Vorgang — Hydrops? — gesetzten Defectes übrig, der, wenn er beiderseits auftritt, die gewöhnlichen Fälle von sog. Arhinencephalie bedingt. Ref.)

Hadlich.

**

Pathologie des Nervensystems.

4) Ueber die „juvenile Form" der progressiven Muskelatrophie und ihre Beziehungen zur sogenannten Pseudohypertrophie der Muskeln von Prof. Dr. W. Erb in Heidelberg. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 34. S. 467.)

Um in die Lehre von der „progressiven Muskelatrophie" die in mancher Beziehung noch sehr wünschenswerthe Klarheit zu bringen, hält E. es für die Hauptaufgabe, in der grossen Masse der Krankheitsformen, die mit einer mehr oder weniger rasch fortschreitenden Atrophie der Musculatur einhergehen, einzelne bestimmte Formen klinisch möglichst scharf und in reinen Typen zu erkennen und von einander zu sondern. Ausser der jetzt mit Sicherheit abzugrenzenden spinalen Form der progressiven Muskelatrophie („Typus Duchenne-Aran") glaubt E. nun noch eine weitere charakteristische Form abscheiden zu können, welche er schon früher mit dem Namen der „juvenilen Form der progressiven Muskelatrophie" bezeichnet hat.

Die wesentlichsten Merkmale dieser Krankheit sind folgende: Beginn des Leidens im Kindes- oder Jünglingsalter vor dem 20. Lebensjahr, und zwar stets allmählich und schleichend. Gewöhnlich fängt die Krankheit in den Schulter- und Armmuskeln an, oft aber auch in den Beinen und am Rücken. Hat die Affection einen gewissen Grad erreicht, so sind fast constant folgende Muskeln befallen: Pectoralis major und minor, Cucullaris, Latissimus dorsi, Serratus anticus major, Rhomboidei, Sacrolumbalis und Longissimus dorsi; ferner als sehr charakteristisch Biceps, Brachialis internus und Supinator longus, später auch der Triceps. Dagegen bleiben constant frei: der Sternocleidomastoideus, Levator anguli scapulae, Coracobrachialis, die Teretes, der Deltoideus, Supra- und Infraspinatus und vor Allem die kleinen Handmuskeln. Auch die Vorderarmmuskeln mit Ausnahme des Supinator longus bleiben ganz oder mindestens sehr lange Zeit von der Atrophie verschont.

An den unteren Extremitäten sind die Glutaei, der Quadriceps, das Peroneusgebiet, speciell der Tibialis anticus vorzugsweise befallen, während der Sartorius und die Wadenmusculatur meist auffallend lange frei bleiben. — Von den Bauchmuskeln sind die Obliqui und Transversi zuweilen deutlich atrophisch, vielleicht in einigen Fällen auch das Zwerchfell. Dagegen finden sich im Gebiete der Bulbär- und Gehirnnerven niemals Veränderungen.

Untersucht man die atrophischen Muskeln, so fühlt sich ein Theil derselben auffallend fest und derb, ja zuweilen sogar prall und hart an, während andere Muskeln weich und schlaff sind. Niemals sieht man fibrilläre Zuckungen. Die mechanische Muskelerregbarkeit ist meist erloschen. In keinem einzigen Falle ist es E. gelungen, deutliche Entartungsreaction nachzuweisen. Die Sehnenreflexe an den Beinen waren meist erhalten.

Der Verlauf der Krankheit ist ein sehr chronischer. E. hat unter seinen Beobachtungen 5 Fälle, bei denen das Leiden 23—38 Jahre bestanden hat. Schliesslich scheint sogar zuweilen ein vollkommener Stillstand des Leidens einzutreten und durch Elektricität, Massage u. dgl. kann sogar eine nennenswerthe Besserung des Zustandes erzielt werden. Die Prognose ist also nicht so schlimm, wie bei der spinalen Muskelatrophie.

In Bezug auf die pathologische Anatomie der Krankheit recapitulirt E. das aus den Untersuchungen über die hereditäre Muskelatrophie und die Pseudohypertrophie Bekannte. Auch er hält es für das Wahrscheinlichste, dass im Rückenmark und speciell in den grauen Vordersäulen desselben keine nachweisliche Veränderung vorhanden ist und dass die Hauptveränderung in den Muskeln selbst ihren Sitz hat.

In ausführlicher Weise erörtert und begründet E. schliesslich die Ansicht, dass seine „juvenile Form der Muskelatrophie" mit der bisher sogenannten Pseudohypertrophie der Muskeln und mit der „hereditären" oder besser „familiären

Muskelatrophie" identisch sei. Alle diese Zustände sind auf's engste mit einander verwandt und zwischen den einzelnen Formen lassen sich alle nur möglichen Uebergänge nachweisen. Die Fälle, welche mit einfacher Atrophie beginnen, sind nicht principiell verschieden von denen mit einer anfänglichen Pseudohypertrophie und Lipomatose. Ebenso ist das familiäre Auftreten der Krankheit zwar sehr häufig, aber nicht constant vorhanden. Tritt also das Leiden in Form einer progressiven Muskelatrophie mit der oben näher geschilderten typischen Localisation bei Kindern oder Jünglingen auf, so haben wir die „juvenile Muskelatrophie". Kommt die Lipomatose hinzu, so resultirt die „Pseudohypertrophie", werden mehrere Mitglieder derselben Familie befallen, so kann man von „hereditärer Muskelatrophie" sprechen. Aber alle diese Formen sind unter einander identisch und stellen nur verschiedene Verlaufsweisen einer und derselben Krankheit dar.

Von der spinalen progressiven Muskelatrophie ist die myopathische leicht zu unterscheiden: die verschiedene Localisation (Freibleiben der kleinen Handmuskeln etc.), die Combination mit Pseudohypertrophie, das Entstehen der Krankheit in früher Jugend, das Fehlen fibrillärer Zuckungen und das Fehlen von Entartungsreaction, der hereditäre Charakter u. a. sind die wichtigsten diagnostischen Merkmale. Um einen passenden Namen für die Krankheit zu haben, schlägt Erb die Bezeichnung „Dystrophia muscularis progressiva" vor.

Zahlreiche ausführlich mitgetheilte Krankengeschichten dienen als Beleg für die Ansicht Erb's, mit welcher auch Ref. vollständig übereinstimmt.

Strümpell.

---

5) **A contribution to the morbid anatomy and symptomatology of pons lesions** by E. C. Spitzka. (The americ. Journ. of Neurology and Psych. 1883. Nov. Vol. II. Nr. 4. p. 617.)

58jähr. lediger Bandagist, vor 2 Jahren bei der Defäcation leichte Apoplexie ohne stärkeren Bewusstseinsverlust, darnach Gefühl von Taubheit im rechten Arm und von Eingeschlafensein im rechten Bein, Ungeschicklichkeit des rechten Arms, Beweglichkeit des Beines nicht wesentlich gestört; nach einigen Monaten verschwand das eigenthümliche „singende" Gefühl in der rechten Körperhälfte, das dumpfe, taube Gefühl persistirte bis zum Tode des Pat.; einige Zeit nach dem Anfalle Sehstörung; einige Tage vor der Aufnahme beim Erwachen Verschlimmerung der Symptome, Wiederkehr des „singenden" Gefühls bei Greifbewegungen der Hand; die Zunge, welche früher etwas „dick" gewesen, versagt für einige Stunden; Arbeitsunfähigkeit. Status August 1879: Gut genährtes Individuum, Gehstörung zeigt weder atactischen noch paretischen Charakter, sondern scheint durch Schwindelgefühl bedingt; das rechte Bein wird etwas geschleudert; Pat. reibt den rechten Arm; ausser dem stumpfen Gefühl in der rechten Hälfte noch andere Parästhesien daselbst; keine Contractur oder Lähmung rechts; die Bewegungen daselbst kraftvoller als links, geschehen mehr stossweise, Musculatur gut entwickelt; keine sonstige trophische Störung; subjectives Schwächegefühl in der rechten Seite; Patellarreflex rechts verstärkt, rechter Plantarreflex fehlt; bei Augenschluss oder im Dunkeln ausgesprochene Ataxie der rechten oberen Extremität; Zittern der Lippen beim Oeffnen des Mundes oder beim Sprechen, Zunge etwas nach rechts abweichend; rechter Mundfacialis etwas schwächer; leichte mechanische Articulationsstörung seit dem Anfalle; elektrische Erregbarkeit normal; Abnahme der Tastempfindlichkeit an den rechten Extremitäten, von den Fingern nach aufwärts abnehmend; Schmerzempfindlichkeit ungestört; Temperaturempfindlichkeit durchaus verschlechtert; die Beurtheilung von Gewichtsdifferenzen rechts hochgradig geschwächt; Innervationsempfindung rechts beträchtlich gestört. Bei starkem Winde Steigerung der subjectiven Erscheinungen. Psyche frei; Kopf frei bis auf leichten Schwindel und leichte Anästhesie an rechter Wange und Mundwinkel.

Bis Juli 1881 wechselndes Verhalten der subjectiven Erscheinungen, objectiv nicht nachweisbares, vom Kr. behauptetes Uebergreifen derselben auf das linke Bein. Sept. 1881: Nach Darmkatarrh Steigerung der Ataxie des Armes, Angabe von Steigerung des dumpfen rechtsseitigen Gefühls, wenn der Strom von 7 Leclanchés durch den Kopf geführt wird; schmerzhafte Parästhesien in beiden Füssen, links objectiv nichts constatirbar; subjectiv Schlingbeschwerden; später nach grosser Anstrengung kurzdauernde Zungenlähmung; linkes Kniephänomen verstärkt. Febr. 1882 ähnlicher Anfall, Sprachstörung länger dauernd, Aphasie (?), Amnesie, Dysphagie; apoplectischer Anfall ohne völligen Bewusstseinsverlust, Verworrenheit, linke Pupille enger, Aphasie. Juni 1882: Bettlage, Apathie, Somnolenz. August: Incontinent. urinae, rechts Hemiparese und Paraparese, Schwellung der rechten Hand; Parästhesien auch in den linken Extremitäten; links Ptosis; genauere Untersuchung später nicht möglich, Delirien, rechts Ptosis, Neigung zu Manège-Bewegung nach rechts, Sehstörung (bekannte Gegenstände werden nicht erkannt). Tod 3. Sept. 1882.

Section: Hirnhäute normal, Basalgefässe atheromatös, Hydroceph. int., stecknadelkopfgrosse Extravasate unter dem Ependym der Nuclei caudati; linke Grosshirnhem.: Ein 1 cm im Durchmesser haltender Herd im Stirnlappen vor und über dem Nucl. lent.; zwei hirsekorngrosse Herde in der weissen Substanz am hinteren Ende des Nucl. lent. und zwischen ihm und dem hinteren Ende der Insula Reilii; die hintere Partie der inneren Kapsel erweicht, zum Theil zerfliesslich; 5 cm vom Hinterhorn entfernt zwei kleine Herde, der eine an der Ober-, der andere an der Aussenseite des Ventrikels; in der Nähe der tiefsten Stelle der Parallelfurche eine kleine Erweichung; leichte blaugraue Entfärbungen in der weissen Substanz des Sulc. occipit. intern. perpendicularis und des Gyrus occip. primus; eine bohnengrosse subcorticale Erweichung $^1/_2$ Zoll von der Spitze des Lob. occipit. Rechte Hemisphäre: Alte Narbe am Kopfe des Nucl. caud., hirsekorngrosse Erweichung in der Mitte des äusseren Drittels des Thal. opt. Die weisse Substanz des Lob. occip. von mehr als 100 kleinen Erweichungsherden durchsetzt; in der Mitte der Capsul. int. nicht scharf begrenzte Erweichung; eine kleine Hämorrhagie im äusseren Glied des Linsenkerns (nach der Härtung zahlreiche hirsekorngrosse Rindenhämorrhagien); zahlreiche, niemals über bohnengrosse Erweichungen im Thal. opt. Im Kleinhirn mehrere perivasculäre Hämorrhagien im Nucl. dentat. der rechten Seite, zwei miliare Erweichungsherde in dem der linken Seite, mehrfache miliare Aneurysmen in beiden; beim Einschnitt in das vordere Drittel des Pons fand sich links eine Höhlung mit zum Theil graulich verfärbter, zum Theil röthlich erweichter Umgebung; der ganze Isthmus wurde gehärtet.

Mikroskopische Untersuchung: Die Herde in den Hemisphären erwiesen sich als jüngsten Datums, nur der Herd im rechten Stirnlappen zeigte Erscheinungen von Organisation in der Umgebung; die Höhlung im Pons zeigte weit vorgeschrittene Organisation ihrer Umrandung. Bezüglich ihrer Lage und Ausdehnung ergab sich Folgendes: In Querschnitten entsprechend den motorischen Quintuswurzeln stellt sie einen 3 mm breiten in der Schleife liegenden Schlitz vor, der das mittlere Drittel zwischen Raphe und motorischer Wurzel umfasst; die veränderte Randzone umfasst nahezu die ganze Schleife. Nach abwärts verbreitert sich der Schlitz; unterhalb der motorischen V. Wurzel beträgt sein querer Durchmesser 8 mm, wovon 2 mm über die Medianlinie reichen; er liegt hier dicht unter der Schleife, die umgebende Veränderung betrifft aber auch die innerste Partie der Schleife; rechts sind davon betroffen die queren Ponsfasern, die Schleife ist frei.

Schnitt in der Höhe des Facialisknies oberhalb des Facialisaustrittes: Die Höhle stellt ein rechtwinkliges Dreieck dar, dessen kurze Seite vertical steht; entsprechend dieser ist die Raphe zerstört; die Höhle liegt in den queren Ponsfasern und der Raphe; die Veränderungen in der Umgebung beschlagen in einer schmalen Zone auch die Schleife.

In Schnitten entsprechend dem unteren Facialiskern fand sich in der der Höhlung

entsprechenden Lage und in der Breite von 4 mm das Gewebe zerreiblich und herausgefallen. Die histologische Untersuchung des Ganzen ergab, dass es sich um eine Cyste nach Hämorrhagie handelt.

Nach oben und unten von derselben fanden sich secundäre Degenerationen, von denen jedoch die absteigende deutlicher und vollständiger war. Dieselbe zeigte folgendes Verhalten: Auf einem Schnitte durch den austretenden Abducens beschlägt die Degeneration alle vertical die queren Bündel des Corpus trapezoides durchsetzenden Fasern; das Corp. trapez. erscheint in Folge von Schrumpfung jener verkleinert; die Partie zwischen diesem, der Raphe und Abducenswurzel zeigt etwas Degeneration; die degenerirte Partie reicht $1^1/_2$ mm nach aussen von der Abducenswurzel. Etwas höher, in der Ebene des Ursprunges der Abducenswurzel ist die Degeneration schärfer begrenzt und zeigt sich als beschränkt auf das Corp. trapez., welches gegen das normale rechte um ein Drittel kleiner erscheint; noch höher oben, in der Höhe der Höhlung, zeigt sich dasselbe Areale nur verkleinert durch die primäre Läsion, degenerirt. In den tiefsten Brückenquerschnitten ist die Form der degenerirten Partie eine dreieckige, begrenzt durch die Raphe, die dorsale Seite der Pyramide und eine Linie, welche von der Mitte der Raphe zur seitlichen dorsalen Ecke der Pyramide zieht; einige kurze Degenerationszüge dringen in die Pyramide ein. Nach abwärts zu wird die degenerirte Area durch das obere Ende der normalen Olive von aussen eingebuchtet und wird vorwiegend von dem Stratum intermedium gebildet; auf einem Querschnitte durch die Mitte der Oliven zeigt sich die dreieckige degenerirte Partie des mittleren Feldes der Format. reticul. von den normalen Fibrae arcuatae durchsetzt, die vor und seitlich von den Oliven liegende Degenerationszone ist auf einen schmalen Streifen reducirt, auch hier ziehen Degenerationszüge in die Pyramide. Nach abwärts nimmt die degenerirte Partie ab und macht in der sog. Schleifenkreuzung eine völlige Kreuzung durch, der Rest der degenerirten Zone findet sich von da ab nach abwärts rechts und lässt sich zu den Kernen der Hinterstränge verfolgen. Der rechte Kern des Keilstranges zeigt deutliche Degeneration mit Verminderung seiner Zellen; die Fasern zum Respirationsbündel (Krause) sind zum Theil atrophisch. — (Genauere Details siehe im Original. Ref.)

Nach aufwärts von der Cyste fand sich Degeneration des mittleren Drittels der Schläfe, doch liess sie sich erst über Ebenen ober dem hinteren Zweihügelpaar verfolgen; hier lag sie mehr seitlich.

In der Besprechung seines Falles zieht Sp. die Fälle von Meyer und Homén zum Vergleiche heran (der Kahler's und des Ref., bekanntlich der erste genauer untersuchte, scheint ihm entgangen zu sein). Die wichtigsten seiner Schlüsse sind folgende: Der Stratum intermedium zu benennende, in der sog. sensiblen Kreuzung (Meynert) sich kreuzende mittlere Antheil der Schleife, besorgt die Coordination; die Störung dieser in Fällen von Zerstörung des Bündels ist nicht bedingt durch den Ausfall der Tastempfindung, weil deren Grad dem Grade der letzteren nicht entspricht. Das Stratum intermed. ist nicht blos centripetal leitend und degenerirt centrifugal, im Gegensatz zu den spinalen Fortsetzungen desselben; obwohl Flechsig mit Recht eine gröbere Verbindung zwischen Pyramiden und oberer Pyramidenkreuzung (Meynert) leugnet, besteht doch eine innige, wenn auch schwächere Verbindung zwischen Strat. intermed. und Pyramide derselben Seite in der Höhe zwischen der Kreuzung und dem unteren Brückenende; das Strat. intermed. scheint vorzüglich den Muskelsinn zu leiten; die Oliven und deren Fasern stehen in keiner Beziehung zum Strat. intermed.; die verticalen Fasern des Corp. trapez. dagegen gehören dazu.

In einem Anhange macht Sp. einige vergleichend-anatomische Mittheilungen. Im Gehirn des Elephanten fehlen die Pyramidenbahnen in der Brücke, dagegen ist das Strat. intermed. sehr gross; in der unteren Hälfte der Oblongata liegen an Stelle der Pyramiden die Bündel des Strat. intermed., die dann sich kreuzend in die Kerne der Hinterstränge übergehen. Die Oblongata eines Tümmlers zeigt keine Pyramiden, die

beiden medialen Wülste entsprechen den Oliven. Bei der Löwin constatirte Sp., dass das Strat. intermed. und die verticalen Fasern der Brücke (incl. der Pyramidenbahn) zu einer gemeinschaftlichen Masse verbunden, direct mit dem Crus zusammenhängen; das Strat. intermed. behält seine Lage neben der Medianlinie bis zum oberen Ende der Brücke, von da ab ist es mehr seitlich und ventralwärts von der Subst. nigra gelagert. (Weitere Angaben siehe im Original. Ref.) A. Pick.

---

6) **De l'hémiplégie homonyme de la face et des membres dans les lésions en foyer de la protubérance annulaire** par Rondot. Paris 1883.

R. studirt die Frage der Symptomatologie der Ponserkrankungen an der Hand neuerer fremder und einer eigenen Beobachtung. Sitzt der Herd in der mittleren Etage, selten in der oberen Etage der Pons, so wird zuweilen nur der Pyramidenstrang getroffen und es entsteht dann Hemiplegie (Gesicht und Extremitäten; in ersterem weniger intensiv) auf der entgegengesetzten Seite; es kann dann auch secundäre Degeneration folgen. Contracturen und epileptiforme Krämpfe kommen dabei nur selten vor. M.

---

7) **Tumour of left side of pons Varolii with Hyperpyrexia** by Hugh Smith. (British med. Journ. 1883. 27. Oct. p. 821.)

Ein tuberculöser Tumor der linken Hälfte des Pons Varolii hatte bei einem 3jährigen Knaben eine Lähmung und Contractur der rechten Extremitäten, rechtsseitige Anästhesie und ausserdem eine Herabsetzung der Motilität und Sensibilität auf der linken Seite verursucht, wohl durch Uebergreifen auf die andere Hälfte des Pons. Auffallend war die in den letzten drei Lebenstagen beobachtete Temperatursteigerung bis zu 42,2 ° (108 ° F.) ohne nachweisbare Erkrankung eines anderen Organs.
Sommer.

---

8) **Zur Casuistik der Hirntumoren** von Beck. (Virchow's Arch. Bd. 94. H. 3. S. 369—392.)

1) Myxogliom im Bereiche des Pons und Gliom des rechten Sehhügels. Ein Rekrut erkrankte unter Bulbärsymptomen: leichter Störung beim Sprechen und Schlingen, Abnahme der Sehschärfe, Unsicherheit im Gang. Nach einem Jahr entwickelte sich rasch zunehmende Coordinationsstörung bei Bewegungen der linken Extremitäten, Abnahme der Sensibilität und Schmerzempfindlichkeit, sowie des Temperatursinns auf der ganzen linken Seite, bei Herabsetzung der Temperatur in der linken Achselhöhle um 3—7 Zehntel Grad; Abnahme der motorischen Kraft linkerseits; wechselnde Lähmungen der Zunge, Uvula, des Gaumens; Lähmung des rechten Abducens mit Verengerung und Herabsetzung der reflectorischen Reaction der rechten Pupille. Zunahme der Sprachstörung, der Schlingbeschwerden, der Amblyopie ohne Stauungspapille oder Sehnervenatrophie; heftiger Kopfschmerz in Stirn und Hinterhauptgegend, häufiges Erbrechen, hin und wieder auftretendes Erröthen mit nachfolgendem Erblassen des Gesichts. Sub finem Schmerzen in den linken Extremitäten, Herabsetzung der motorischen Kraft und der Sensibilität auch im rechten Arm; Pulsverlangsamung, plötzliche Temperatursteigerungen bis auf 40 °, Retentio urinae, Obstructio alvi, Apathie, Somnolenz. Die Obduction ergab ein Myxogliom, welches den Pons und die Oblongata bis an die Spitze des Calamus scriptorius einnahm, nach vorn bis an die Hirnschenkel reichte und die Vierhügel, sowie die vorderen Kleinhirnstiele in die Höhe gedrängt hatte; ferner war der rechte Sehhügel durch eine rein gliomatöse Wucherung vergrössert. — Die Diagnose war auf einen Tumor im Bereiche des Pons gestellt worden.

2) Hartes Rundzellensarcom im linken Grosshirnschenkel. Ein Füsilier erkrankt unter eigenthümlichen Schwindelanfällen, Kopfschmerzen und Doppelsehen; der Beschreibung nach Lähmung des linken Rectus int. und linksseitige reflectorische Pupillenstarre. Im weiteren Verlauf Hirndruckerscheinungen und zunehmende motorische Schwäche der rechten Körperhälfte mit Steigerung der gleichseitigen Sehnenreflexe; auch mässige rechtsseitige Facialisparese. Schliesslich totale Lähmung aller vom linken Oculomotorius innervirten Augenmuskeln mit Ptosis, die in geringerem Grade auch rechts sich einstellt; später Störungen der Sprache und Intelligenz, Incontinentia, Temperaturerhöhungen ohne sonstige Organerkrankungen; mehrfaches Schwanken in der Intensität aller Erscheinungen. Sub finem Dyspnoë, soporöser Zustand bis zu völliger Reactionslosigkeit; Tod $^1/_2$ Jahr nach Beginn des Leidens. — Eine genaue Topographie des Tumors im linken Grosshirnschenkel fehlt; es wird nur angegeben, dass er bis auf die Basis reichte, die Fasern des Hirnstiels nur beträchtlich auseinander geschoben und den linken Oculomotorius platt gedrückt hatte; anderweitige Hirnnerven fanden sich nicht verändert. Die Diagnose war richtig gestellt worden; aus der Epikrise sei hervorgehoben, dass auch in diesem Falle Stauungspapille während des ganzen Verlaufs fehlte.

3) Haematoma durae Matris luetischen Ursprungs. Der letztere gilt dem Verf. ausser durch die Anamnese durch die Entwickelung von Knochenwucherungen an der Innenfläche des Schädeldaches für erwiesen. Die Erscheinungen waren die gewöhnlichen, nur traten die Geruchsstörungen, die Kopfschmerzen, die intellectuellen Störungen (Demenz mit Erregungszuständen) besonders in den Vordergrund, die letzteren vielleicht deshalb, weil die voluminösesten Blutsäcke über dem Stirnhirn lagen.

Tuczek.

---

9) Hémorrhagie et ramollissement de la couche optique; anesthésies sensorielles par Rousseau. (L'Encéphale. 1884. No. 1.)

Ein Potator wurde von einem apoplectischen Insult betroffen, der rechtsseitige Hemiplegie und Hemianästhesie, sowie Abnahme der Intelligenz zur Folge hatte. Im weiteren Verlaufe wurde rechtsseitige Erblindung und Verlust des Geruchs auf beiden Seiten (wenn letztere Anomalie nicht vielleicht schon früher bestanden hatte!) bemerkt. Es fand sich hämorrhagische Erweichung im vorderen Abschnitt des linken Sehhügels. Verf. macht dieselben streng nach dem Luys'schen Schema für die sensoriellen Störungen ausschliesslich verantwortlich, obgleich der Herd in den Hirnschenkelfuss hinab reichte, inselförmige Sklerosen „hie und da" im Mark der linken Hemisphäre, Erweichung im rechten Hinterhauptslappen und „Sklerose des verlängerten Marks in seiner ganzen Dicke", welch' letztere gewiss schwer verständlich ist, notirt werden, gar nicht zu reden davon, dass histologische Untersuchungen und Angaben über die etwaige Betheiligung der inneren Kapsel vollständig fehlen und nicht erwähnt ist, ob die ansehnliche Verdickung der weichen Häute vielleicht auch die Basis, speciell die Gegend der Olfactorii betraf.

Tuczek.

---

10) Zur Casuistik der Localisation der Grosshirnfunctionen von Claus. (Irrenfreund. 1883. Nr. 6.)

1) Nach einem apoplectischen Insult stellten sich bei einer alten Frau Schluckbeschwerden, rechtsseitige Hemiplegie, Aphasie und progressiver Blödsinn mit Erregungszuständen ein. Die Schluckbeschwerden und die halbseitigen Lähmungserscheinungen schwanden, letztere bis auf ganz leichte Bevorzugung der linksseitigen Extremitäten bei zweckmässigen Bewegungen. Dagegen bildeten sich anhaltende Sprachstörungen aus in Form von sensorieller Aphasie und von Paraphasie, daneben paragraphische und motorische Schreibstörungen. Die Broca'sche Windung, Insel,

die beiden ersten Schläfenwindungen, zeigten sich beiderseits intact. Dagegen fand sich ein alter Erweichungsherd im linken Sehhügel, ein frischerer in der hinteren Hälfte der Basalfläche des Schläfenhinterhauptlappens. Verf. ventilirt die Zulässigkeit der Annahme überdauernder Fernwirkungen von dem Herd im Sehhügel aus.

2) Im Anschluss an einen apoplectischen Insult entwickelte sich bei einem alten Mann eine als Blödsinn mit Erregungszuständen charakterisirte Psychose und rein sensorielle Aphasie. Befund: Atherom der Hirnarterien, mehrere Miliaraneurysmen. Ausser einigen anderen Erweichungsherden, deren umfangreichste in der vorderen Hälfte der beiden Stirnlappen sassen, fand sich ein bedeutender Erweichungsherd im Bereich der Rinde und Marksubstanz der linken 1. und zum Theil 2. Schläfenwindung.

3) Sprachstörungen — sensorielle Aphasie, Paraphasie, Paragraphie — die bei einem Paralytiker nach apoplectiformen Anfällen zurückblieben, glaubt Verf. durch den Befund eines starken Schwundes der Schläfenlappen localisiren zu können.

Tuczek.

---

11) Paresis et contracturae extremitatum ex imaginatione von S. Tschirjew. (Medicinski Wjestnik. 1884. Nr. 1 u. 2. Russisch.)

Ein casuistischer Beitrag zu der von Russel Reynolds zuerst beschriebenen Kategorie „Paralysis etc. dependent on idea" (British med. Journ. 1869. 6. Nov.).

Der Fall betrifft einen 37jährigen Officier, der durch beinahe vollständige Lähmung aller Extremitäten in einen unbehülflichen Zustand versetzt war. Die Arme waren im Ellbogengelenk flectirt, die Hände zur Faust geballt, die Beine adducirt. Patellarsehnenreflexe bedeutend erhöht (Epilepsia spinalis). Sensibilitätsstörungen fehlten. An beiden Augen ophthalmoskopisch atrophia papillae n. optici. Die Lähmungserscheinungen hatten sich allmählich entwickelt, hielten mehrere Monate an und schwanden vollständig ohne therapeutische Behandlung bei der Anwendung geeigneter psychischer Einflüsse. Patient stammte aus einer neuropathisch veranlagten Familie und neigte stark zur Hypochondrie.

P. Rosenbach.

Psychiatrie.

12) Observation et autopsie d'une aphasique devenue successivement aliénée et monoplégique par Rousseau. (Annales médico-psychologiques. 1884. Janvier p. 52.)

Nach einer Apoplexie, welche bei einer Frau rechtsseitige Hemiplegie und Aphasie zurückliess, entwickelte sich nach einem Jahre unter theilweisem Nachlass der paralytischen Erscheinungen eine acute Melancholie, hervorgerufen durch Kummer und Gemüthsbewegungen.

Nach Verlassen der acuten Erregung blieb Patientin traurig und dement; die Aphasie dauerte. —

Dann erfolgte eine erneute Apoplexie mit Lähmung des linken Beins und Anästhesie der ganzen linken Seite; später Contractur des linken Vorderarms und der unteren Extremitäten, Ablenkung des Kopfes und der Bulbi nach links, schmerzhafte Hyperästhesie der Extremitäten.

Die Section ergab: Linke Hemisphäre: Alter Erweichungsherd von der Grösse eines Zweifranc-Stückes am Fuss der 3. Frontalwindung und im unteren Viertel des Gyr. frontal. ascendens. Rechte Hemisphäre: Erweichungsherd in der Mitte der hinteren und der oberen Hälfte der vorderen Centralwindung, in der Grösse eines Einfranc-Stückes. Auf dem Oberwurm des Kleinhirns befand sich ein dritter kleinerer Erweichungsherd. Das Gesammtgewicht des Hirns war 1070 Gramm; die rechte Hemisphäre wog 465, die linke 470, das Kleinhirn mit Pons und Bulbus med. 135 Gramm.

Jehn.

---

13) The influence of hereditary syphilis in the production of idiocy or dementia by Judson S. Bury. (Brain. 1883. April p. 44—66.)

Nach einer Recapitulation der bereits vorliegenden einschlägigen Casuistik vermehrt Verf. dieselbe um 6 eigene Beobachtungen, von denen 2 mit Obductionsbefund.

Der erste Fall betrifft ein $11^1/_2$jähriges Mädchen, das einzig überlebende von 14 Geschwistern, welches gesund bis zum 3. Jahre damals einen Anfall ohne Bewusstseinsverlust hatte, in welchem nur die rechte Seite arbeitete. Solche lediglich rechtsseitige Krampfanfälle mit nachfolgender, sich allmählich steigernder Lähmung, zunehmenden Unfähigkeit zu sprechen und schliesslicher Demenz wiederholten sich vielfach bis zum Tode. Die Obduction ergab beiderseits pachymeningitische Pseudomembranen, milchige Trübungen der verdickten Pia mater, Vertiefung der Sulci bei Verschmälerung sämmtlicher Windungen mit Ausnahme der beiden ersten Stirnwindungen, Atrophie der Nn. optici, Wandverdickung der vorderen und mittleren Cerebralarterie, Hyperostose des Keilbeins und der Felsenbeine, besonders links, so dass der Hohlraum der mittleren Schädelgrube hier stark reducirt war. Aus dem übrigen Obductionsbefund sind noch gummöse Knoten in den Lungenspitzen hervorzuheben. Die mikroskopische Untersuchung der Cerebralarterien ergab die von Heubner beschriebenen Alterationen.

Der zweite Fall setzte ebenfalls mit einem convulsivischen Anfall bei einem 12jährigen Mädchen ein, welches nach der Impfung an braunem Fleckenausschlag und Schnupfen erkrankt war. Vor dem Anfall war das Gedächtniss gut gewesen und hatte das Kind Hymnen singen können. Nachher bestand Hemiparesis dextra. Nach zwei weiteren Anfällen verlor sie die Sprache und wurde völlig dement. 6 Geschwister waren sämmtlich jung gestorben und hatten an ähnlichen Ausschlägen gelitten. Die Obduction ergab Verdickung und Opacität der Pia mater, Verschmälerung der Cerebralwindungen, Wandverdickung der Hirnarterien, vermehrte Resistenz der Hirnsubstanz, keine Herderkrankungen. Die mikroskopische Untersuchung zahlreicher Schnitte aus dem oberen Ende der vorderen Centralwindung und den Scheitelwindungen ergab als auffälligsten Befund die Abwesenheit von Nervenzellen; in einzelnen Schnitten konnte auch nicht eine Ganglienzelle gefunden werden, in andern nur sehr wenige; nirgends waren sie so zahlreich und so ausgebildet wie in der Norm. An der vorderen und mittleren Cerebralarterie bestanden die charakteristischen Heubner'schen Alterationen, im Rückenmark (nur im obersten Theil untersucht) secundäre Degeneration der Seitenstränge und inneren Bündel der Vorderstränge.

Aus den 4 übrigen Krankheitsgeschichten sei hervorgehoben, dass die hereditäre Syphilis durch die Anamnese, die Hutchinson'schen Zähne etc. gesichert war und die Demenz erst später sich entwickelte, in einem Fall erst im 16. Lebensjahre, nachdem 5 Jahr zuvor plötzlich Taubheit aufgetreten war. In einem andern Fall bestand neben Taubheit disseminirte Chorioiditis.

Verf. glaubt, dass die congenitale Idiotie auf syphilitischer Basis sehr viel seltener ist, als die nach einer gewissen Latenz der hereditären Syphilis durchschnittlich im 5. bis 9. Lebensjahr erworbene Demenz, welche auf Verdickung der Schädelknochen, chronische Meningitis, Arteriensyphilis mit consecutiver Hirnatrophie und Schwund der Ganglienzellen zurückzuführen sei. Die Therapie ist ohnmächtig.

E. Remak.

---

14) Othaematoma by M. J. Madigan. (The Alienist and Neurologist. 1883. IV. p. 687.)

Nach einer ausführlichen Besprechung der auf das Othämatom bezüglichen Literatur kommt Verf. zu der Folgerung, dass man es hierbei mit einem central bedingten Prozess zu thun habe; dass immer ein traumatischer Ursprung angenommen werden müsse, sei durchaus unerwiesen. Man fände das Othämatom vorzugsweise

bei denjenigen Geisteskranken, die bedeutenderen vasomotorischen Störungen unterworfen gewesen seien, und es habe daher eine wenn auch nicht absolut hoffnungslose, so doch immer eine ungünstige Bedeutung.

Die Beweise für diese etwas doctrinären Behauptungen scheinen dem Ref. nicht überzeugend zu sein; er hält den traumatischen Ursprung für den einzig wahrscheinlichen. Sommer.

---

15) **Ueber den Einfluss stumpfer Gewalten auf das äussere Ohr, mit besonderer Berücksichtigung der Othämatombildung,** von Fränkel. (Virchow's Archiv. Bd. 95. H. 1. S. 102—121 und Taf. VI.)

Wenn auch der traumatische Ursprung des Othämatoms für die meisten Psychiater so sehr ausser Zweifel ist, dass sie mit Bezug auf dasselbe von der „Hauseite" und von der „Fallseite" reden, ist doch der von F. an Kaninchenohren experimentell erbrachte Beweis von Interesse, dass stumpfe auf das Ohr wirkende Gewalten im Stande sind, an vorher durchaus gesunden Ohren Othämatome zu erzeugen, die klinisch und anatomisch mit den menschlichen im Wesentlichen identisch sind. Die Blutextravasation findet theils zwischen Haut und Perichondrium, theils zwischen letzterem und Knorpel statt. Die Othämatome heilten am besten bei exspectativer Behandlung. Tuczek.

---

16) **Una famiglia di suicidi** pel Dott. Ugo Maccabruni. (Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropolog. criminal. 1883. IV. p. 429.)

Die interessante Arbeit lässt sich am einfachsten durch die kurze Wiedergabe des Stammbaums jener Familie illustriren.

Vater IV (nicht belastet) † 62 Jahr alt durch Suicid.

Sohn I	Tochter II	Sohn	Sohn	Sohn III
† 22 J. suicid.	† 26 J. suicid.	lebt noch, hat aber ausgesprochene Neigung zum Suicid, sodass er desswegen Irrenärzte consultirt.	† ermordet | dessen Sohn V † 17 J. suicid.	† 23 J. suicid.

Besonders zu erwähnen ist noch, dass die chronologische Reihenfolge der einzelnen Selbstmorde durch die römischen Zahlen gekennzeichnet ist, und dass (als Beweis der „Imitation") die Selbstmorde I, III und IV durch ein und dieselbe Pistole verübt sind. In dem Fall V konnte der Schädel wie das Gehirn genauer untersucht werden und es ergab sich bei einer Capacität von 1470 kcm und bei einem Hirngewicht von 1395 Gramm der extreme Längenbreitenindex von 87,3, und der minimale Index cephalo spinalis 15,7 (normal 19,65); ferner fand sich frühzeitige Synostose des Keil- und Grundbeins; 27 Schaltknochen von 3 mm bis 3 cm Durchmesser lagen in den Nähten. Die 3 Stirnwindungen waren in ihren vorderen Abschnitten auffällig schmal und complicirt; die hintere Centralwindung war beiderseits der Länge nach durch eine mit der Fossa Sylvii communicirende Furche gespalten und der ganze Hinterhauptslappen schien atrophisch. Sommer.

---

17) **Lypémanie chronique avec délire des négations** par Sizaret. (Annal. méd.-psychol. 1884. Janvier p. 63.)

Eine 67jährige Dame erkrankte psychisch unter dem Einfluss eines Erysipelas faciei, welches zu einer scrophulösen Otorrhoe hinzutrat. Nach Verblassen des acuten, durch Selbstmorddrang ausgezeichneten, melancholischen Stadiums blieb ein apathischer

gleichgültiger Zustand zurück, in welchem die Kranke Alles, zumal auf Fragestellungen hin, zu verneinen strebte. Sie habe nie Selbstmordideen gehabt; denn es gebe ja keine Brunnen oder Feuer, in welches sie sich hätte stürzen können. Was man ihr zeige, das nenne man einen Schlüssel; es gebe aber keine Schlüssel, keine Häuser, keine Thüren etc. Das Auftreten dieser Form verneinender Wahnideen sei gemeiniglich mit geistiger Schwäche gepaart. Jehn.

Therapie.

18) **Die ungleichartige therapeutische Wirkungsweise der zwei elektrischen Stromesarten und die elektrodiagnostische Gesichtsfelduntersuchung.** Eine schematische Uebersicht. Von C. Engelskjön in Christiania. (Arch. f. Psych. Bd. XV. H. 1.)

Eine Anzahl von Thesen über den im Titel genannten Gegenstand, die ihre ausführlichere Begründung in späteren Artikeln finden sollen. Wir stehen von einer eingehenden Mittheilung dieser Thesen vor der angekündigten Begründung um so mehr ab, als die Mehrzahl derselben einen recht hypothetischen Charakter tragen. Schon die principielle Aufstellung einer gegensätzlichen Wirkung beider Stromesarten auf die verschiedenen centralen Neurosen verträgt sich kaum mit der Realität. Sätze ferner wie Nr. 13: Das kalte Wasser wirkt (bei allgemeiner Einwirkung auf das Hautorgan) ähnlich wie der Galvanismus (i. c. der galvanische Strom), das warme Wasser wie der Inductionsstrom — müssen gegründete Zweifel an der Objectivität der Auffassung wach rufen. Deshalb erscheint auch eine interessante Angabe des Verf. der Bestätigung bedürftig; die Angabe nämlich, dass im gegebenen Fall die „positive" (d. h. günstig wirkende) Stromesart das Gesichtsfeld erweitere, die negative dasselbe beschränke, dass diese Eigenschaft der Elektricität als Nachweis der im speciellen Krankheitsfall zu gebrauchende Stromesart zu benutzen sei.

Eisenlohr.

---

19) **Prompt and complete cure of some paralyses caused by cerebral haemorrhage** by Prof. de Renzi. (Rivista Clinica et Terapeutica. 1884. Jan. aus The London medical Record.)

R. räth entgegen den bisherigen allgemein herrschenden Anschauungen die Elektricität möglichst früh bei Lähmungen in Folge cerebraler Hämorrhagie anzuwenden. Nur empfiehlt er gewisse Vorsichtsmaassregeln daneben zu beachten: fortgesetzte Application der Kälte auf den Kopf, innerlicher Gebrauch von Kalium bromatum und strenge Vermeidung von Obstipation. Er wendet nur schwache, kaum fühlbare Ströme an, die er eine bis mehrere Minuten auf die Muskeln und Intermuscularnerven wirken lässt. Er publicirt einen Fall mit linksseitiger Lähmung des Beines nach cerebraler Hämorrhagie; am 4. Tage war die Lähmung eine vollkommene und bildete sich in einigen Tagen bei der oben angegebenen elektrischen Behandlung zurück.

Rosenheim.

---

20) **Die Osmiumsäurebehandlung der peripheren Neuralgien** von Eulenburg. (Berl. klin. Wochenschr. 1884. Nr. 7.)

Verf. fand bei peripheren Neuralgien die parenchymatösen Injectionen von Acid. osmicum (0,5—1,0 einer 1 % Lösung pro dosi) in die Nähe des afficirten Nerven nicht unwirksam. Heilungen erzielte er nur in 7 von 29 Fällen; darunter 4 (meist frische) Fälle von Ischias. Tuczek.

21) Ueber die Beziehungen zwischen Idiotie und Epilepsie. Vortrag von Dr. Wildermuth auf der IV. Conferenz für Idioten-Heilpflege zu Hamburg. (4.—6. Sept. 1883.)

Verf. (bekanntlich ärztlicher Vorstand der Anstalt Stetten) verfügt über das stattliche Material von 216 Fällen mit genauer Anamnese. Er unterscheidet Idioten, die später und zwar meistens im 5.—7. Lebensjahre an Epilepsie erkrankt sind, und Epileptiker, die durch den sehr frühen Ausbruch der Krämpfe geistig auf einer infantilen Stufe stehen geblieben sind, und stellt diesen beiden Gruppen diejenigen Epileptiker gegenüber, bei denen die Epilepsie erst in späteren Jahren, frühestens nach bereits erworbenem Sprachvermögen, eingetreten ist und noch keine stärkere Beeinträchtigung der Psyche bedingt hat.

Die beiden ersten Gruppen können ohne jeden Nachtheil in ein und derselben Anstalt untergebracht werden. Der Haupteinwand dagegen, die bildungsfähigen Idioten könnten durch den Anblick der epileptischen Krämpfe psychisch geschädigt werden, wird vom Verf. wohl mit Recht zurückgewiesen. Geistig besser situirte Epileptiker müssen aber von jenen getrennt werden. Sie können zwar in derselben Anstalt verpflegt und beschäftigt werden, müssen aber in einem besonderen Gebäude für sich leben; sehr wünschenswerth sei sogar die räumliche Scheidung erwachsener und jugendlicher Epileptiker dieser Kategorie. Der Vortheil für die Vereinigung auch dieser Patienten mit den Idioten in derselben Anstalt — natürlich unter der obigen Voraussetzung der lokalen Scheidung — liegt in dem Umstande, dass Schul- und Beschäftigungseinrichtungen ohne Schaden gemeinschaftlich benutzt werden können, da hier immer Gruppen gebildet werden müssen, deren einzelne Glieder annähernd psychisch aequivalent sind. Thatsächlich werden daher die besser situirten Epileptiker nur mit sehr wenigen, aber auffallend bildungsfähigen Idioten in derselben Klasse sitzen, und auch für die Erwachsenen wird sich bei der landwirthschaftlichen, wie bei der gewerblichen Arbeit gewissermaassen von selbst eine Trennung ausbilden, da bestimmte Verrichtungen für Idioten absolut zu schwierig sind und daher nur von den noch begabten Epileptikern erlernt werden können. Mit Recht hebt Verf. zum Schluss hervor, dass bei der Erziehung der Epileptiker wie der Idioten nicht der Schulunterricht, sondern eine psychiatrische pädagogische Regelung des ganzen Entwickelungsganges in den Vordergrund gestellt werden muss, wie dies nur in Anstalten möglich ist. Parallelklassen für Epileptiker an einzelnen öffentlichen Schulen, wie es vorgeschlagen worden ist, zu errichten, finden daher nicht die Billigung des Verf. (Vgl. übrigens auch dieses Centralbl. 1883. S. 499.) Sommer.

Anstaltswesen.

22) Bericht über die Verwaltung der Westpreuss. Provinzial-Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Schwetz im Etatsjahr vom 1. April 1882 bis 31. März 1883, erstattet von dem Director Dr. Wendt.[1]

Aufgenommen wurden 31 M., 17 Fr.; ausschieden 29 M., 14 Fr.; Bestand am 31. März 1883 185 M., 189 Fr. Raummangel beeinträchtigte die Krankenbewegung. Auf der Exspectantenliste sind 76, davon 24 für die Heil-Abtheilung notirt. Bei 6 M. und 1 Fr. unter den Aufgenommenen hatte die Krankheit bereits über 10 Jahre gedauert. Ein aus der Untersuchungshaft zur Begutachtung in die Anstalt aufgenommener 42jähriger Arbeiter wurde hier als an Melancholie und Hallucinationen leidend erkannt, nachdem er von dem Gefängnissarzt als Simulant erklärt worden war. Von den 43 abgegangenen Kranken waren 10 genesen, von denen einer über 2 Jahre krank gewesen war. Die Kosten für einen Kranken berechnen sich auf 1,48 Mark für den Verpflegungstag. M.

[1] Cf. d. Centralbl. 1883. S. 188.

23) Congregate and segregate buildings for the insane by R. S. Dewey. (The Alienist and Neurologist. 1884. V. p. 33.)

Während die älteren Irrenanstalten vorwiegend mit Rücksicht auf den Schutz der Gesellschaft vor den Irren erbaut worden sind und demnach einen geschlossenen, mehr oder weniger gefängnissartigen Charakter besitzen, ist erst in neuerer Zeit das Bestreben aufgetaucht, dem einzelnen Irren je nach seiner Individualität so viel Freiheit zu gestatten, als er zu vertragen vermag; man fing daher bald an, auch die Irrenanstalten vieler ihrer Eigenthümlichkeiten zu entkleiden und ihre wohnlichen Einrichtungen denen des häuslichen Lebens zu nähern. Da aber die einzelnen Irren einen sehr verschiedenen Grad von Freiheit vertragen, so musste nun eine Anstalt, die ja im Allgemeinen für alle Kranken eines gewissen Bezirks bestimmt ist, aus einer Anzahl verschieden eingerichteter Complexe bestehen und so entwickelte sich aus dem „Corridorsystem" mit den differentesten Kranken unter einem Dach, das „Block" resp. „Cottage"-System mit Patienten von je einer bestimmten Klasse in jedem einzelnen Gebäude.

Verf. empfiehlt das letztere System mit grosser Wärme und macht besonders auch auf den Kostenunterschied aufmerksam. Die Bausumme geschlossener Anstalten betrage in den Vereinigten Staaten etwa 1000 Dollars, für Anstalten mit einzelnen detachirten Gebäuden aber nur 200—500, im Durchschnitt ca. 330 Dollars pro Kopf der programmässigen Bevölkerung. Sommer.

---

24) Projet de loi portant revision de la loi du 30. Juin 1838 sur les aliénés. Bericht der Commission an den Präsidenten der Republik erstattet den 25. Nov. 1882. (Annales médico-psychologiques. 1883. Mars.)

Die Commission für eine Revision des Irrengesetzes von 1838 hat sich folgende Gesichtspunkte zur Erledigung ihrer Aufgabe zur Richtschnur genommen.

Sie will die Sicherung gleichmässiger Fürsorge aller Irren in Anstalten, welche unter der Autorität der Regierung stehen und von Aerzten specieller Competenz geleitet sind; die Möglichkeit, welche das frühere Irrengesetz den conseils généraux liess, die Kranken in Privatasyle zu schicken soll wegfallen. Ferner wird wirksamere Controle und die Schaffung von Aufsichtscommissionen, welche den Generalräthen beizugeben sind, angestrebt.

Die sämmtlichen Aerzte und Verwaltungsbeamten sollen der Centralverwaltung genannt werden, um ein „personnel hiérarchisé" zu erhalten, welches möglichst grosse Garantien für seine Competenz biete.

Durch das obligatorische Einschreiten der Behörden soll willkürlichen Sequestrationen vorgebeugt werden, ohne die Schnelligkeit der Unterbringung von Kranken zu schädigen. Im Interesse des öffentlichen Wohls wird weiterhin die Schaffung eigener Anstalten für verbrecherische Irre vorgeschlagen.

Um das Nebeneinanderstehen zweier, auf das gleiche Ziel gerichteter Gesetze zu verhüten, hat die Commission die ganze Form und Eintheilung des Gesetzes vom 30. Juni 1838 beibehalten, sodass nach Annahme der vorgeschlagenen Veränderungen das frühere Gesetz zu Gunsten der Novelle vollständig fallen kann.

Von den Einzelheiten der angestrebten Verbesserungen kann an diesem Orte nur das Wichtigste wiedergegeben werden.

Die gesetzliche Ueberwachung soll nicht nur auf die Anstalten, sondern überhaupt auf jedes Haus ausgedehnt werden, in welchem sich ein Geisteskranker befindet. Der neue Gesetzentwurf wendet sich scharf gegen die Unterbringung der auf Kosten des Departements untergebrachten Kranken in Privatanstalten. Die officiell verbürgten Zahlen ergeben, dass am 1. Jan. 1882 von 24 Departements nicht weniger als 8 925 Kranke in Privatanstalten untergebracht waren (gegen 39 180 überhaupt in Anstalten untergebrachte Pfleglinge). Der Commissionsbericht führt aus, dass die

Unterbringung von Kranken auf öffentliche Kosten keine genügende Garantie für die sachgemässe Behandlung biete und fordert, dass diese Kranken der genannten Fürsorge entzogen werden.

Bezüglich der „placements volontaires" wird durch den neuen Entwurf die Vorlage eines von zwei Aerzten ausgestellten Zeugnisses verlangt.

Die wichtigste Aenderung liegt aber in dem Verlangen nach einer Einrichtung, welcher den definitiven (oder verlängerten) Aufenthalt eines Kranken in einer Anstalt unter allen Umständen von einer richterlichen Entscheidung abhängig macht. Eine Verzögerung der Unterbringung soll jedoch vermieden werden. Jeder der Aufnahme in eine Irrenanstalt bedürftige Kranke soll zuerst und nur eine bestimmte kurze Zeit provisorisch untergebracht werden. Von der Aufnahme hat der Director innerhalb 24 Stunden den Behörden Anzeige zu machen.

Die Staatsanwaltschaft hat, begleitet von einem Arzte ihrer Wahl, den Kranken innerhalb dreier Tage nach dem Empfang der Aufnahmeanzeige zu untersuchen. Erst dann erfolgt auf einen Beschluss der Rathskammer die definitive Aufnahme. Nach einem Monat ist dem Präfecten ein ärztlicher Bericht über den Zustand des Kranken vorzulegen, von welchem die Entscheidung über sein weiteres Verbleiben in der Anstalt abhängig gemacht werden kann. Unter Wahrung des Rechtes, dass der Präfect eine Entlassung verfügen kann, wird diesem die Verpflichtung auferlegt, vorher das Urtheil des Anstaltsarztes einzuholen.

Dem Paragraphen, welcher die behördliche Unterbringung von Kranken „im Interesse des öffentlichen Wohles oder des Wohles Einzelner" bestimmt, soll zugesetzt werden „oder die eigene Sicherheit des Kranken".

Anordnungen derartiger Unterbringungen sind sofort auszuführen. Ihre Gültigkeit erlischt aber, wenn innerhalb 15 Tagen die Ausführung nicht stattfand. Der gleiche Zeitraum soll als Maximum des Aufenthalts eines Geisteskranken in einer nicht speciell irrenärztlichen Zwecken dienenden Anstalt festgesetzt werden.

Die in diesem Commissionsberichte verlangten speciellen Anstalten sollen nicht nur irre Verbrecher, sondern auch verbrecherische Irre und solche, welche während der Verbüssung ihrer Strafen geisteskrank wurden, zugewiesen werden. Derartige Personen sollen nur auf das die Genesung bestätigende Urtheil des Anstaltsarztes entlassen werden dürfen.

Weitere Vorschläge betreffen die Legalisirung der probeweisen Entlassungen, über welche Register geführt und dem Staatsprocurator, wie den Gemeinden Bericht gegeben werden soll, ferner Bestimmungen über das Verfahren bei der Rückführung entwichener Kranken in die Asyle, und Vorschläge über die Verwaltung des Vermögens Geisteskranker, deren Revenuen zu keinem anderen Zweck, als dem, das Loos des Kranken zu verbessern, verwendet werden sollen.

Den Departements, welche augenblicklich noch „tributaires" der Privatanstalten sind, soll ein Zeitraum von 6 Jahren gelassen werden, um die Frage sachgemässer Unterbringung ihrer Geisteskranken in öffentlichen Anstalten zu regeln. **Jehn.**

III. Aus den Gesellschaften.

Sitzung der Pathological Society of London vom 18. März 1884. (Brit. med. Journ. 1884. 22. März p. 559.)

Von neurologischem Interesse dürften die Demonstrationen und Vorträge sein, deren Inhalt durch die folgenden kurzen Referate bezeichnet wird.

Ilott zeigte ein Gliom des rechten Stirnlappens, das sich über die Mittellinie hinaus bis in den linken Lappen ausgedehnt zu haben scheint; es sass central und hatte die Ventrikelwand vorgewölbt, sowie die Rinde z. Th. atrophirt. Die Symptome intra vitam waren nicht zur Stellung der Diagnose geeignet gewesen. Bei dem 25jähr. Pat., einem Maler, bestanden die charakteristischen Erscheinungen einer Blei-

vergiftung seit 6 Wochen; daneben war eine motorische Sprachstörung und eine grosse Gedächtnissschwäche zu constatiren, sowie ein Tremor der Gesichts- und Armmusculatur auf beiden Seiten, der wesentlich verstärkt wurde, sobald durch ein Gespräch die Aufmerksamkeit des Patienten in Anspruch genommen wurde. Kurz vor dem Tode stellten sich convulsive Anfälle ein, denen ein letales Coma mit Rigidität der rechten oberen Extremität folgte.

Morrison demonstrirte darauf das porencephalische Gehirn eines 8monatlichen Kindes, das in keiner Weise hereditär belastet anfänglich gesund erschien, bald aber von Krämpfen ergriffen wurde. Trotzdem diese wieder schwanden, verfiel das Kind seitdem immer mehr und starb endlich unter erneuerten Convulsionen. Neben Hydrorhachis und Hydrocephalus ext. war eine bedeutende Verkleinerung beider Grosshirnhemisphären zu beobachten und zwar war die rechte noch kleiner als die linke. In der rechten Hemisphäre fanden sich zwei Cysten, eine einfache in der Spitze des Schläfenlappens und eine grosse fächerige im Stirnlappen, ohne gegenseitige Communication. Die Entstehung aller dieser Cysten wurde auf Entzündungsherde mit späterer Erweichung und Resorption zurückgeführt. Eine Missbildung oder eine traumatische Entstehung, durch Resorption von Blutungen, etwa in Folge des Partus, anzunehmen, schien nicht angängig.

Pye-Smith zeigte darauf einen verkästen Tuberkel, der den ganzen rechten Thalamus opticus destruirt und auch auf das Crus cerebri übergegriffen hatte, während das Corpus striatum, die Corp. quadrigemina und die Capsula interna intact geblieben waren. Der 12jährige Patient hatte zuerst über heftigen Stirnkopfschmerz, später auch über Erbrechen und Sehschwäche geklagt; bei der Aufnahme bestand Parese des linken Arms, Ptosis des rechten Augenlides und doppelseitige Neuritis opt. Convulsionen und Sensibilitätsstörungen hatten stets gefehlt. Leider ist der Fall complicirt durch eine wenn auch anscheinend ganz frische tuberculöse Meningitis von geringer Ausdehnung.

Ormerod zeigte ein wallnussgrosses Sarcom aus der Gegend der rechten mittleren und unteren Schläfenwindung. Der 41jährige Patient litt seit 18 Monaten an momentanen Anfällen von Bewusstlosigkeit und an allgemeinem Tremor. Nach einem ungewöhnlich schweren Anfall, der durch subjective Gehörsempfindungen eingeleitet wurde und mit Krämpfen der linken Körperhälfte endete, blieb Taubheit zurück; freilich war schon seit Jahren eine Abschwächung der Hörfähigkeit vorhanden, die indess auf eine frühere Ohrerkrankung bezogen werden konnte.

Endlich demonstrirte Goodhart ein verkalktes Angiom von Taubeneigrösse aus dem Centrum ovale (sic), das bisher wohl ein Unicum ist und das aus dem Hirn einer 61jähr. melancholischen Frau mit Gehörs- und Gesichtshallucinationen stammte.

Sommer.

Société médic. des hôpitaux de Paris. Sitzung den 22. Febr. 1884.

Martineau, der bekanntlich seit November 1882 einen Affen secundär syphilitisch (Ulcera am Gaumen, papulöses Syphilid) gemacht haben will, berichtet, dass dieser Affe im October 1883 einen epileptiformen Anfall gehabt habe, „wie solche Anfälle, die auf blosser Compression des Gehirns beruhen, ja so häufig in den früheren Perioden der Syphilis vorkommen". — Von verschiedenen Seiten (Guyot, Féréol, Legroux u. A.) wird entschieden dagegen opponirt, dass in dem mitgetheilten Anfalle überhaupt ein Symptom von Syphilis vorliege; es seien derartige Anfälle durchaus nicht als „häufiges" Frühsymptom der Syphilis bekannt.

Apostoli hat im vorigen Jahre die Methode der **„Faradisation utérine double"** mittelst eines neuen Instrumentes angegeben, nach welcher beide Electroden an den Uterus (anstatt dass die eine an die Bauchdecken applicirt wird) angesetzt werden. Die Vorzüge dieses Verfahrens sollen sein, dass es leichter auszuführen, weniger schmerzhaft und dabei wirksamer ist.

Hadlich.

Société de Biologie de Paris. Sitzung den 15. März 1884.

„De la production à volonté de paralysies psychiques et de suggestion à l'état de veille" hat Bottet Experimente angestellt an 14 Personen, nervös disponirten, z. Th. Hysterischen. Ohne sie zu hypnotisiren rief er durch einfaches Commando Lähmungen, Contracturen, Anästhesien, auch Hallucinationen hervor: Alles bei völlig wachem Zustande. — In England habe Reynolds bereits Mittheilungen über diese Dinge gemacht.

Hénocque machte Versuche über die **„effets physiologiques de la paraldéhyde"** und sah nach subcutaner Anwendung (welche Dosis?) bei Meerschweinchen und Kaninchen einen starken Temperaturabfall — bei jenen um 5, bei diesen um 8 Grad — 5—6 Stunden lang eintreten. Die Dosis war in einigen Fällen tödtlich. — Was den Antagonismus von Paraldehyd und Strychnin betrifft, so glaubt H. nicht, dass ein solcher wirklich besteht; das Ausbleiben der Symptome des verabreichten Strychnins, nachdem vorher P. gegeben, erkläre sich vielmehr wohl so, dass letzterer eine allgemeine Inactivität der Gewebe erzeuge und deshalb keine Resorption des Strychnins stattfinde.

Rabuteau schliesst sich dieser Ansicht an.

Quinquaud hat in gewissen Fällen auch einen ausgesprochenen Temperaturabfall nach Paraldehyd (Dosis nicht angegeben) gesehen, ausserdem eine rasch eintretende Verlangsamung der Respiration, dagegen nur sehr selten und erst spät eine Verlangsamung der Herzaction.

Bochefontaine sah — bei Fröschen und Hunden — eine bemerkenswerthe Verlangsamung der Herzschläge.

Sitzung den 29. März 1884.

Ch. Richet theilt die Resultate seiner Versuche **über den Einfluss der Gehirnverletzungen auf die Temperatur** mit. Er hat bei Hunden eine kaum merkliche, bei Kaninchen eine starke Erhöhung der Temperatur — bis auf 42,5° — gefunden; doch waren die Ergebnisse keine ganz constanten.

Ollivier fragt, unter Hinweis auf den beim Menschen unmittelbar nach einer Hirnhämorrhagie eintretenden Temperaturabfall, ob R. vielleicht auch bei seinen Experimenten eine solche anfängliche Erniedrigung der Temperatur beobachtet habe? — R. bejaht dies für einige Fälle.

Caractères cliniques des paralysies psychiques expérimentales. Als solche führen Gilles de la Tourette und P. Richer nach Experimenten an verschiedenartigen Personen, hypnotisirbaren oder nicht, und im hypnotisirten oder wachen Zustande, bei welchen sie durch einfachen Befehl Lähmungen hervorriefen, folgende an:

1. Völlige Schlaffheit des Gliedes, totaler Verlust der Motilität und Sensibilität;
2. beträchtliche Steigerung der Sehnenreflexe;
3. spinales Zittern;
4. Verlust des Muskelsinnes;
5. wesentliche Veränderung der Zuckungscurve des elektrisirten Muskels;
6. vasomotorische Störungen: subjectives und objectives Kältegefühl; bei leichten Stichen der Haut lebhafte Röthung der Umgebung.

Die Verff. heben die Wichtigkeit dieser Beobachtungen hervor, und P. Bert schliesst sich dem an, indem er betont, dass eine Simulation derartiger Alterationen gar nicht möglich ist. Hadlich.

Société de Chirurgie de Paris. Sitzung den 5. März 1884.

Ovario-hystérotomie chez une hystérique; guérison des accidents nerveux von Pozzi. P. hat bei einer 45jährigen Frau eine Ovarialcyste und ein

gestieltes Uterusfibrom operativ entfernt. Die Kranke, welche bis dahin an schweren Metrorrhagien und schwerer Hysterie (vollständige Hemianästhesie, Hemiparese und Amaurose) litt, ist nach der Operation sofort und vollständig von den nervösen Störungen befreit geblieben. P. glaubt in diesem Falle den Einfluss der utero-ovarialen — hier einseitigen — Reflexe für erwiesen erklären zu dürfen, wenn nicht auf die Entstehung, so doch auf die Unterhaltung der schweren nervösen Leiden. Er glaube deshalb, dass unter Umständen auch die Castration (Opération de Battey) ein heilsamer Eingriff sei.

In der Discussion sprach man sich im Sinne Pozzi's aus. Reclus führte einen neuen Fall aus seiner Praxis an, wo die Castration Heilung der Hysterie herbeiführte. — Gillette warnt davor, von der Entfernung gesunder Ovarien Nutzen zu erwarten. — Terrier meint, die Ovarien seien in den betreffenden Fällen selten gesund; die Entscheidung hierüber bleibe übrigens sogar bei der anatomischen Untersuchung bisweilen unsicher. Ein entscheidendes Urtheil über den Nutzen der Castration könne allerdings noch nicht abgegeben werden.

Académie de Médecine de Paris. Sitzung vom 1. April 1884.

Dechambre beobachtete einen Fall von **Chromidrosis.** Eine Frau von 27 bis 28 Jahren bekam 4 Tage nach ihrer Entbindung Flecken an Hals, Brust, Rücken, später auch an Bauch und Gesicht, Flecken, die nach 4 Monaten theils blau, theils grün und gelb waren, von denen sich die Wäsche stark färbte und die mit warmem Wasser abgewaschen werden konnten. — Auf Grund chemischer Untersuchungen erklärte Pearson die Substanz für Gallenfarbstoff, Schützenberger für Uroxanthin. — Hénocque constatirte bei der mikroskopischen Untersuchung Epithelzellen, gefärbte Fettkörnchenzellen, pigmentirte Körnchenzellen, Krystalle und blaue Plättchen.

Leroy de Méricourt kommt bei dieser Gelegenheit auf den früher von ihm vorgestellten Fall von farbiger Hautausschwitzung an den Augenlidern und sucht zu beweisen, dass bestimmt Betrug und Simulation dabei ausgeschlossen gewesen sei.

Hadlich.

IV. Bibliographie.

A practical introduction to medical electricity by A. de Watteville. (2. edit. London 1884. H. K. Lewis. — VIII u. 203 S. Mit 98 Abbild. u. mit Tafeln d. motor. Punkte.)

Das kleine Buch von de W. liegt jetzt in 2. Auflage als ein neues und recht werthvolles Werkchen vor uns. Was dasselbe besonders auszeichnet, ist der streng physikalische Standpunkt, welchen der Verf. einnimmt und von welchem das ganze Buch in allen seinen Theilen durchdrungen ist; die vollkommne Beherrschung der elektrophysiologischen und elektrodiagnostischen Untersuchungsmethoden am lebenden Menschen; die nüchterne und kritische Beurtheilung der therapeutischen Maassnahmen und Erfolge. Es ist unzweifelhaft die werthvollste Bereicherung, welche der elektrotherapeutischen Literatur bisher auf englischem Boden erwachsen ist.

Das Buch will nichts weiter sein, als eine Einleitung und Anleitung zur wissenschaftlichen und praktischen Verwerthung der Elektricität und erfüllt diesen seinen Zweck in gedrängter Kürze, in trefflicher Methode und Darstellung. Die Hälfte desselben ist der physikalischen Einleitung gewidmet, welche an der Hand einfacher Versuche die Grundzüge der dem Elektrotherapeuten nothwendigen Elektrophysik darstellt und dann die einzelnen Elemente, Apparate und Nebenapparate beschreibt; der zweite Theil enthält eine gedrängte Darstellung der Elektrophysiologie am lebenden Menschen, an deren Ausarbeitung (Elektrotonuslehre) Verf. selbst sich in Gemeinschaft

mit A. Waller in ergiebiger Weise betheiligt hat. — In dem folgenden Abschnitt über Elektrodiagnostik werden sowohl die Untersuchungsmethoden und ihre Fehlerquellen, wie die pathologischen Verhältnisse der elektrischen Reactionen in eingehender Weise abgehandelt, natürlich ohne dass Verf. genauer auf manche noch schwebende Controversen eingeht. — In dem letzten Abschnitt über Elektrotherapie werden die Indicationen und Methoden der elektrischen Behandlung bei verschiedenen Krankheitszuständen abgehandelt, nur kurz zwar, aber in hinreichend vollständiger und klarer Weise, um dem Anfänger einen Anhaltspunkt bei seinen eigenen Versuchen in der Praxis zu geben.

Zahlreiche Abbildungen, z. Th. den grösseren elektrotherapeutischen Werken entlehnt, erhöhen die Brauchbarkeit des Buches. Dasselbe, auch für deutsche Elektrotherapeuten von hervorragendem Interesse, wird zweifellos dem Vordringen und der Entwickelung der Elektrotherapie in England zum grössten Vortheil gereichen.

— E. —

V. Personalien.

Dr. W. Sander, dirigirender Arzt der Siechen-Abtheilung in Dalldorf, wurde zum Medicinalrath und Mitglied des Medicinalcollegiums der Provinz Brandenburg ernannt.

VI. Vermischtes.

Die englische Gesetzgebung in Bezug auf die Bekämpfung der Trunksucht beschäftigte die „Academie of medicine in Ireland" in ihrer Sitzung vom 14. Febr. 1884. Dr. Tweedy referirte über die Erfolge der „Habitual Drunkards Act" von 1879 und fand dieselben sehr gering. Es sind in den Jahren 1880—1882 im Ganzen nur 3 Trinkerasyle eröffnet worden und eins davon ist schon wieder geschlossen, da in den 3 Jahren demselben nur 52 Personen zugeführt worden sind. Für diesen Misserfolg machte Redner dann wohl mit Recht die Gesetzgebung verantwortlich; besonders schädlich sei die Beschränkung der für die Gründung eines Trinkerasyls nothwendigen Concession auf die Dauer von 10 Jahren gewesen, ferner das doctrinäre Verbot, Irre und Dipsomanen in ein und derselben Anstalt unterzubringen, und das Fehlen einer jeden Bestimmung, durch die ein Säufer eventuell gegen seinen Willen der wünschenswerthen Behandlung unterworfen werden könnte. Er schlug daher eine Abänderung des jetzt zu Recht bestehenden Gesetzes vor: eine Commission, aus den nächsten Angehörigen des Betreffenden, aus zwei Aerzten und einem Verwaltungsbeamten zusammengesetzt, solle das Recht haben, nöthigenfalls zwangsweise die Ueberführung eines Säufers in ein Asyl bis zur Heilung, oder wenigstens auf 12 Monate zu bewirken. Wegen der Verschleppung des Heilversuches sei der Vorschlag Dalrymple's, den Eintritt der Zwangsbehandlung von einer dreimaligen Bestrafung wegen ärgernisserregender Trunkenheit innerhalb eines halben Jahres abhängig zu machen, nicht ganz empfehlenswerth. In der sich anschliessenden Discussion wurden im Allgemeinen die Ansichten des Redners unterstützt. Die Beschränkung der Existenzberechtigung der Trinkerasyle auf nur 10 Jahre, also nur bis 1889, und die bisherige Unmöglichkeit einer Zwangsüberweisung müssten unter allen Umständen abgeändert werden, wenn ein wesentlicher Nutzen des Gesetzes von 1879 erhofft werden sollte. Unter Anderem theilte übrigens der Präsident der Akademie, Dr. Grimshaw, mit, dass er bei einer seiner Inspectionsreisen in einem Gefängniss eine Frau getroffen habe, die zum 250. Male wegen Trunkenheit gerichtlich verurtheilt worden war, und die sich während der Haft und der so erzwungenen Abstinenz stets fleissig und arbeitsfähig zeigte und daher überhaupt nicht mehr entlassen zu werden wünschte. Sommer.

Am 14. und 15. Juni wird in Baden-Baden die IX. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte stattfinden. Anmeldungen von Vorträgen sind an die Geschäftsführer Prof. Erb in Heidelberg und Dr. Franz Fischer in Pforzheim zu richten.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 15. Mai. No. 10.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** 1. Ueber die Bedeutung der Intervertebralganglien, experimentell-histologische Untersuchung von **Bechterew u. Rosenbach.** 2. Einiges über combinirte Psychosen von **Siemens.**

II. Referate. Anatomie. 1. Ein Beitrag zur Anatomie und Physiologie der Spinalganglien von **Vejas.** 2. Sur l'existence de cellules ganglionaires dans les racines postérieures des nerfs rachidiens de l'homme par **Rattone.** — Experimentelle Physiologie. 3. Halbseitige Durchschneidung des Rückenmarks von **Ferrier.** 4. Die Lehre vom Hirndruck und die Pathologie der Hirncompression von **Adamkiewicz.** 5. Ueber paralytischen Blödsinn bei Hunden von **Mendel.** — Pathologische Anatomie. 6. On the pathological changes of the nervous elements of the spinal cord as observed in two cases of acute traumatic myelitis by **Schmidt.** — Pathologie des Nervensystems. 7. Case illustrating cerebral localisation by **Wiglesworth.** 8. Di un caso di afasia pel **Bruggia.** 9. Ueber Rückenmarksabscess von **Nothnagel.** 10. Tabes dorsalis im Kindesalter von **Jakubowitsch.** 11. Ueber Erb's „Mittelform der chronischen Poliomyelitis anterior" von **Löwenfeld.** 12. Des paralysies chez les choréiques par **Ollive.** 13. On enteric paraplegia by **Bartholow.** — Psychiatrie. 14. Sur le développement des hallucinations par **de Jong.** 15. Des hallucinations bilatérales de caractère différent suivant le côté affecté par **Magnan.** 16. De l'hallucination par **Hallopeau.** 17. La paranoia e le sue forme dei **Amadei** e **Tonnini.** — Therapie. 18. Des effets de l'ergotine dans les troubles congestifs de la paralysie générale par **Girma.** 19. Clinical Lecture on the treatment of partial Epilepsy by encircling blisters with Transfer of the aura by **Buzzard.**

III. Aus den Gesellschaften.

IV. Personalien.

V. Vermischtes.

I. Originalmittheilungen.

Ueber die Bedeutung der Intervertebralganglien.[1]

Experimentell-histologische Untersuchung.

Von Docent Dr. **W. Bechterew** und Dr. med. **P. Rosenbach**, Ordinatoren der Klinik von Prof. Mierzejewsky zu St. Petersburg.

Die Intervertebralganglien bilden ein Gebiet des Nervensystems, über dessen physiologische Bedeutung bisher sehr wenige Forschungen vorliegen. Den Aus-

[1] Von den Autoren mit Demonstration mikroskopischer Präparate mitgetheilt in der Sitzung der St. Petersburger psychiatrischen Gesellschaft im Januar 1884.

gangspunkt unserer Kenntniss über dieselbe bildet die Entdeckung Waller's,[1] die auch von andern Forschern, namentlich Schiff, bestätigt wurde, dass nach Durchschneidung der hinteren Rückenmarkswurzeln (zwischen Rückenmark und Spinalganglien) das centrale, vom Ganglion abgetrennte Stück derselben degenerirt, während das periphere, mit dem Ganglion in Verbindung gelassene Stück seine normale Structur beibehält; in der motorischen Wurzel hingegen findet nach ihrer Durchschneidung centralwärts keine Degeneration statt. Dadurch wurde die Bedeutung der Spinalganglien als trophischer Centren für die sensiblen Fasern der Rückenmarksnerven und hinteren Wurzeln festgestellt. Da es nahe lag, auf Grund dieser Thatsache eine Beeinflussung auch der intramedullären Fortsetzungen der sensiblen Wurzeln durch die Spinalganglien vorauszusetzen, unternahmen wir es zu untersuchen, ob nicht im Rückenmark selbst nach Abtrennung der Spinalganglien von demselben sich Veränderungen constatiren lassen. Die in der Literatur über diesen Gegenstand vorliegenden experimentellen Untersuchungen von Buffalini und Rossi[2] und von Singer[3] können nicht als genügend erachtet werden.[4]

Anfänglich wollten wir unsere Aufgabe vermittelst Durchschneidung der hinteren Wurzeln nach Eröffnung des Wirbelkanals lösen; doch ist es schwer die Thiere nach einer solchen Operation lange am Leben zu erhalten, und deshalb schlugen wir ein anderes Operationsverfahren ein, das in folgendem bestand:

Narcotisirten Thieren (Hunden) wurde ein zweischneidiges Messer in den Zwischenraum zwischen Kreuzbein und letztem Lendenwirbel (Spatium rhomboidale) eingesenkt, und die Gesammtmasse der Wurzeln, die unter der Lendenanschwellung vom Rückenmark abgehen und die Cauda equina bilden, durchschnitten. In einigen Fällen führten wir die Durchschneidung höher aus, zwischen letztem und vorletztem Lendenwirbel, um eine grössere Wurzelanzahl zu treffen. Es wurden dabei selbstverständlich, sowohl hintere als vordere Wurzeln zwischen unterem Ende des Rückenmarks und Spinalganglien durchschnitten; ausserdem traf das Messer einige Ganglien und einige Nervenstämme hinter denselben.

An den Thieren wurden nach der Operation gewöhnlich folgende Erscheinungen wahrgenommen: vollständige Lähmung des Schweifes und deutliche Störung der Bewegungen seitens der Hinterextremitäten; vollkommene Anästhesie des Schweifes, des Perineums und der hinteren inneren Flächen der Schenkel;

[1] Waller. Müller's Archiv. 1852. S. 392—401.

[2] Arch. de physiolog. norm. et patholog. 1876. p. 829.

[3] Sitzungsber. d. Wiener Akad. 1881. Bd. 84. Abth. III.

[4] Die Veränderungen des Rückenmarks, die nach Ausreissung oder Durchschneidung eines Ischiadicus oder nach Amputation einer Extremität sich einstellen (Hayem, Mayser, Erlitzky) können hier nicht in Betracht kommen, da es sich in diesen Arbeiten nicht um die Frage handelt, in welcher Weise das Rückenmark durch Ausschaltung der Spinalganglien beeinflusst wird. Die erwähnten Untersuchungen sind an neugeborenen Thieren angestellt, und ihr gemeinsames Resultat besteht darin, dass an solchen Ausschluss einer Extremität durch Amputation oder Nervenabtrennung eine locale, auf die entsprechende Seite und Höhe des Rückenmarks beschränkte Entwickelungshemmung nach sich zieht. Hayem constatirte an Kaninchen nach Ausreissung eines Ischiadicus ausser dem soeben bezeichneten localen Befunde aufsteigende Degeneration und Atrophie der Nervenzellen des Rückenmarks.

Lähmung beider Sphincteren. In den Fällen, wo die Wurzeln zwischen den zwei letzten Lendenwirbeln durchschnitten waren, stellte sich an den Thieren ausserdem eine ausgeprägte Bewegungsstörung beider Hinterextremitäten ein, so dass der Hintertheil des Körpers beim Gehen von Seite zu Seite schwankte. Zugleich erstreckte sich die Anästhesie fast auf die ganze hintere innere Fläche beider Hinterextremitäten. Schon nach kurzer Zeit boten die gelähmten Muskeln vollkommene Entartungsreaction: ihre faradische Erregbarkeit schwand vollständig, die galvanische war verkehrt (AnSZ > KaSZ).

Alle Thiere begannen nach der Operation ohne sichtbare Ursache abzumagern und die meisten gingen nach 10—30 Tagen zu Grunde, trotz genügender Nahrungsaufnahme; einige erholten sich nach einer gewissen Abmagerungsperiode vollkommen und wurden nach Verlauf von 2—3 Monaten getödtet.

Die Untersuchung des Rückenmarks unserer Thiere ergab Folgendes:

An der Stelle der Durchschneidung fanden wir in allen Fällen Verwachsung der Cauda equina mit den Rückenmarkshäuten. Die hinteren Wurzeln, die von der durchschnittenen Stelle centralwärts verlaufen, erschienen schon makroskopisch atrophirt. Sonst bot sich dem unbewaffneten Auge weder im Wirbelkanal, noch in den Rückenmarkshäuten, noch im Rückenmark selbst etwas Abnormes dar. Auch das die Rückenmarkshäute bedeckende Fettgewebe war in genügender Menge erhalten.

Die mikroskopische Untersuchung der centralen Stücke der durchschnittenen hinteren Wurzeln (an gehärteten Präparaten) ergab das Bild klassischer Degeneration: Die Axencylinder waren in vielen Nervenfasern vollständig verschwunden, in anderen erschienen sie atrophisch, die Myelinscheiden hatten ein anormales gelbliches Aussehen; an vielen Stellen fand sich in ihnen körniger Zerfall, und ihre Contouren waren undeutlich, verquollen. Die die Nervenbündel durchsetzenden bindegewebigen Bälkchen boten mehr weniger bedeutende Verdickung, die Blutgefässe Ueberfüllung mit Blutkörperchen. In den peripheren Stücken der durchschnittenen hinteren Wurzeln sowohl, als in den centralen der vorderen und in den nicht durchschnittenen Wurzeln der höherliegenden Ganglien liess sich nichts Pathologisches erkennen.

Das Rückenmark wurde behufs mikroskopischer Untersuchung nach genügender Erhärtung in Kali bichromicum in feine Schnitte zerlegt und letztere nach der gewöhnlichen Clarke'schen Methode behandelt.

Die beständigsten und ausgeprägtesten Veränderungen betrafen die Nervenzellen der grauen Substanz im untersten Abschnitt des Rückenmarks mit Einschluss der Lendenanschwellung. In einigen Fällen, vorzüglich in denen, wo die Durchschneidung der Cauda equina zwischen letztem und vorletztem Lendenwirbel ausgeführt war, fand sich fast vollkommener Schwund der Nervenzellen, sowohl in den Vorder- als Hinterhörnern; nur die kleineren Zellen letzterer blieben mehr erhalten. Die graue Substanz wies hier an Stelle der Nervenzellen zahlreiche Lücken auf, die stellenweise körnigen Zerfall und Ueberreste des Zellenprotoplasma enthielten. In anderen Fällen schritt die Zerstörung der Nervenzellen nicht bis zu vollkommenem Schwund vor, doch erreichte sie

in der Lendenanschwellung und den unteren Rückenmarksabschnitten immer einen höchst intensiven Grad. In allen Rückenmarken ohne Ausnahme waren die grossen Zellen der Vorder- und Hinterhörner, wie auch der CLARKE'schen Säulen von Vacuolen (Substanzverlusten) durchsetzt, ihrer Fortsätze und ihres Kerns beraubt; viele Zellen waren ganz zu Grunde gegangen, mit Hinterlassung fettig-körnigen Zerfalls. Nur eine geringe Menge der Zellenelemente blieb verhältnissmässig besser erhalten, doch auch sie boten deutliche Zeichen beginnender, mehr weniger fortgeschrittener Degeneration: die Zahl der Fortsätze war verringert, die Configuration der Zelle verändert, der Zellenleib geschrumpft, die streifige Structur des Protoplasma verschwunden.

An einigen wenigen Zellenelementen ging der Destructionsprozess in anderer, eigenthümlicher Weise vor sich: Das Protoplasma derselben erschien gequollen, structurlos und wurde durch Carmin nur sehr blass tingirt, während der Kern sich durch seine rothe Färbung deutlich abhob; der Zellenleib nahm eine gerundete Form an und war gewöhnlich seiner Fortsätze beraubt, zuweilen auch vacuolisirt. In einem weiter vorgerückten Stadium dieser Degeneration atrophirte und verschwand auch der Kern, das Protoplasma schrumpfte wie durch Schmelzung mehr und mehr zusammen, und zuletzt fand sich an Stelle der Nervenzelle eine structurlose blasse Scholle, deren Bildung augenscheinlich dem vollständigen Schwund der Zelle unmittelbar vorausging.

Dank der topographischen Anordnung der Zellen im Rückenmarksdurchschnitt waren die beschriebenen destructiven Vorgänge am auffallendsten in den Vorderhörnern ausgeprägt, wo bald die eine oder die andere der wohlbekannten Zellengruppen zum vollkommenen Schwund gebracht war, und die pathologische Veränderung der charakteristischen multipolaren Zellen schon bei oberflächlicher Betrachtung frappirte. Doch aufmerksamere Untersuchung der Präparate lehrte, dass der nämliche pathologische Prozess auch die anderen Zellen der Vorder- und Hinterhörner befiel, ohne dass eine bestimmte Zellengruppe von demselben verschont bliebe.

In allen Rückenmarken erreichte die Affection der Zellen, wie schon erwähnt, ihre grösste Intensität in den unteren Abschnitten und der Lendenanschwellung. Hierbei liessen sich in den Fällen, wo die Thiere sich von der Operation erholten, in den über der Lendenanschwellung gelegenen Theilen an den Zellen keine deutlichen Veränderungen mehr erkennen; doch an den Thieren, die nach längerer oder kürzerer Zeit in Folge der Operation zu Grunde gingen, war der pathologische Prozess auch auf höhere Rückenmarksabschnitte ausgebreitet. Im Dorsaltheil war die Degeneration bedeutend weniger ausgeprägt und nahm in der Richtung nach oben ab; in einigen Fällen erreichte sie noch im Halsmark eine sehr hohe Intensität, doch weiter aufwärts wurde sie bedeutend schwächer und in den Kernen der Medulla oblongata stiess man nur hin und wieder auf vacuolisirte oder atrophische Zellen, während die meisten derselben keine pathologische Veränderung aufwiesen.

In den unteren Abschnitten des Rückenmarks erschien auch die Grundsubstanz der grauen Hörner verändert: sie war verquollen, trübe, so dass es

schwer oder unmöglich wurde, ihre einzelnen Fäserchen zu entwirren. Die Gefässe der grauen Substanz erschienen hier zuweilen überfüllt, und in einigen Fällen fanden wir in der Nähe derselben geringe Anhäufungen plastischen (colloiden) Exsudats. An den Gefässwänden waren keine Veränderungen nachweisbar.

Die gelatinöse Substanz der Hinterhörner und des Centralkanals liess nichts Abnormes erkennen.

Was die Veränderungen der weissen Substanz anbetrifft, so waren dieselben in unseren Versuchen hauptsächlich auf die unteren Abschnitte des Rückenmarks beschränkt.

Es fand sich hier Degeneration vieler Fasern der intramedullären Fortsetzungen der hinteren Wurzeln: die Axencylinder hatten ihre gradlinigen Contouren verloren, die Myelinscheiden ebenfalls, und die Myelinsubstanz selbst erschien verändert, gequollen, zuweilen körnig zerfallen. Auch die aufsteigenden Bündel der hinteren Wurzelfasern, die vor der Substantia gelatinosa Rolandi ziehen, waren hier deutlich degenerirt. In einigen Rückenmarken, wo die Destruction der Nervenzellen einen äusserst intensiven Grad erreicht hatte, fand sich auch Degeneration der intramedullären Fortsetzungen der vorderen Wurzeln.

Die Veränderung der weissen Rückenmarksstränge bestand in unseren Versuchen in Folgendem: Unter der Lendenanschwellung, also in der nächsten Nachbarschaft der durchtrennten Wurzeln fanden wir das Bild frischer Degeneration der Nervenfasern im ganzen Durchschnitt der Hinterstränge. Weiter aufwärts, in der Lendenanschwellung und den unteren Abschnitten des Dorsalmarks beschränkte sich die Degeneration nur auf die Goll'schen Stränge und zwar auf die innerste, der Mittellinie anliegende Partie derselben; in der Form eines dünnen, allmählich sich verjüngenden Streifens setzte sie sich auch noch bis zum Halsmark fort. An Querschnitten drückte sich diese Degeneration deutlich durch Schwund der Axencylinder und Verquollensein und körnigen Zerfall der Myelinscheiden aus.

Es ist übrigens zu bemerken, dass die Goll'schen Stränge nicht in allen von uns untersuchten Rückenmarken afficirt waren; in einigen Fällen, wo die Thiere nur kurze Zeit nach der Operation am Leben geblieben waren, fehlte die Degeneration der Goll'schen Stränge ganz oder war sehr schwach angedeutet, während die graue Substanz in höchst ausgeprägter Weise afficirt war.

In den anderen Rückenmarkssträngen beobachteten wir keine systematische Degeneration. Doch fand sich zuweilen in der unteren Hälfte des Rückenmarks, besonders in den Fällen, wo die Zellendegeneration der grauen Substanz sich hoch aufwärts erstreckte, Entartung einzelner Fasern in der Kleinhirnseitenstrangbahn, wie auch in den Burdach'schen Strängen in der Nähe der hinteren Commissur. In den höheren Rückenmarksdurchschnitten boten solche Befunde noch geringere Beständigkeit. Die Pyramidenbahnen blieben in allen Fällen von jeglicher Affection verschont; in den Seitenstrangsresten hingegen waren einzelne degenerirte Fasern zerstreut, vorzüglich in den unteren Partien des Rückenmarks.

Aus vorstehender Beschreibung ist ersichtlich, dass in der grauen Substanz

des Rückenmarks der operirten Thiere mit Beständigkeit ein Degenerationsprozess sich einstellt, der die Nervenzellen der Vorder- und Hinterhörner ergreift. Sogar in der unmittelbaren Nachbarschaft der durchschnittenen Wurzeln war in unseren Versuchen nichts zu bemerken, was auf eine traumatische Einwirkung könnte schliessen lassen, und es ist offenbar, dass die pathologische Veränderung der grauen Substanz des Rückenmarks in unseren Versuchen nur als Effect der Abtrennung der Spinalganglien, die mit den durchschnittenen hinteren Wurzeln in Verbindung standen, aufzufassen ist. Da wir nach dieser Operation mit Beständigkeit Degeneration, Atrophie und Zerfall der Nervenzellen fanden, ohne jegliche entzündlichen Vorgänge, so müssen wir diese Veränderung als das Resultat einer trophischen Ernährungsstörung betrachten, die sich nach Abtrennung der Ganglien längs der durchschnittenen hinteren Wurzeln centralwärts auf das Rückenmark fortsetzt.[1]

Hieraus folgt, dass die Intervertebralganglien nicht nur den sensiblen Fasern und Wurzeln der Rückenmarksnerven, sondern auch den Ganglienelementen des Rückenmarks selbst als trophische Centren dienen.

Es ist hier noch ein Umstand zu berücksichtigen: Wir haben gesehen, dass an den Thieren, die in Folge der Operation zu Grunde gingen, die trophische Störung der Rückenmarkszellen sich nicht auf das den abgetrennten Ganglien zunächst gelegene Gebiet des Rückenmarks beschränkt, sondern sich längs der ganzen Säule der grauen Substanz aufwärts fortpflanzt. Obgleich die Ganglien unzweifelhaft vermittelst aufsteigender Bündel der hinteren Wurzeln mit weit höher gelegenen Abschnitten des Rückenmarks in Verbindung stehen, als das makroskopische Verhalten der Eintrittsstellen der hinteren Wurzeln in dasselbe könnte glauben lassen, so ist doch in diesen Fällen die aufsteigende Verbreitung der Zellendegeneration nicht als directer Einfluss der Ganglienabtrennung aufzufassen, sondern als ein per contiguitatem fortschreitender Prozess zu erklären. Es ist hier die ausgiebige und vielseitige Verbindung der Nervenzellen untereinander vermittelst ihrer Fortsätze und des Nervennetzes der grauen Substanz zu berücksichtigen, wie auch die in der Pathologie des Menschen sich geltend machende Neigung der Rückenmarksaffectionen zu aufsteigender Verbreitung.

Da die Degeneration der Goll'schen und anderer weisser Stränge des Rückenmarks in unseren Versuchen keine beständige Erscheinung war, und in den Fällen, wo die Thiere früh zu Grunde gingen und die Veränderungen der grauen Substanz keine hohe Intensität erreichten, fast vollständig fehlten, so stehen wir nicht an, dieselbe zum grössten Theil als eine consecutive Affection

[1] Obgleich bei unserem Operationsverfahren gleichzeitig mit den hinteren Wurzeln auch die vorderen in der Cauda equina durchschnitten wurden, so kann doch letzterem Umstand bezüglich der im Rückenmark vorgefundenen Veränderungen keine Bedeutung beigemessen werden, da die motorische Wurzel nach ihrer Durchtrennung centralwärts keine Degeneration aufweist. Die bei der histologischen Beschreibung unserer Befunde erwähnte zuweilen anzutreffende Degeneration der intramedullären Fortsetzungen der vorderen Wurzelfasern muss als eine Folgeerscheinung betrachtet werden, bedingt durch die Destruction der Nervenzellen der Vorderhörner.

anzusprechen, die nicht unmittelbar durch Abtrennung der Spinalganglien bedingt wird, sondern als Folge der Destruction der Nervenzellen entsteht, welche aller Wahrscheinlichkeit nach den Fasern dieser Bündel als Ursprungsort dienen.

Einiges über combinirte Psychosen.

Von Director Dr. F. Siemens in Ueckermünde.

Die Debatten über unitäre oder dualistische Natur der Dementia paralytica haben mich in lebhaftester Weise erinnert an die Nothwendigkeit einer erneuten Besprechung der Lehre von den combinirten Psychosen. Dieser Gegenstand war bisher noch nicht genügend durchgearbeitet und klar dargestellt, obwohl das Studium der Mischformen in letzter Zeit von mancher Seite gefördert worden ist. Dass es solche Mischformen giebt, erkennen Alle an, aber ein klares System hineinzubringen, hat bisher noch nicht gelingen wollen. Seit meinem ersten Artikel (Arch. f. Psych. X. H. 1) hat die Sache nicht aufgehört, mich zu beschäftigen, und ich erlaube mir jetzt die nachstehenden kurzen Ausführungen, indem ich mir die eingehende Motivirung der Einzelheiten, für welche eine zahlreiche Casuistik vorliegt, noch vorbehalte.

Zunächst einige Vorbemerkungen. Längst ist es den Klinikern bekannt und öfters ist es ausgesprochen, dass wir in den Krankheitsbildern Manie, Melancholie, Verrücktheit (Paranoia) etc. nur mehr oder weniger bestimmt abgegrenzte Symptomencomplexe haben, dass wir aber dadurch der eigentlichen Grundkrankheit um Nichts näher gekommen sind. Wir wissen über diese Symptomencomplexe ja auch nur, dass sie aus dieser oder jener Ursache — oder auch ohne nachweisbare Ursache — bei einem Individuum entstehen, dass sie den oder den Verlauf und den oder jenen Ausgang haben und dass, falls ein solches Individuum stirbt, im Gehirn mit unsern jetzigen Hülfsmitteln Nichts gefunden wird, was man als anatomisches Substrat des speciellen psychopathischen Zustandes ansprechen könnte. Es ist das dieselbe Sache wie bei gewissen Formen der Epilepsie. Auch der epileptische Anfall ist ja an und für sich keine Krankheitseinheit, sondern er kann als Accidens in Folge irgend einer — bekannten oder unbekannten — Ursache bei irgend Jemand (Krankem oder bisher Gesundem) auftreten. Der Anfall kann solitär bleiben, es können auch mehrere auftreten, es kann längere Zeit die Neigung zu Krampfanfällen, die sog. Epilepsie, bestehen, sie kann wieder heilen, man findet unter Umständen bei der Section im Gehirn Nichts. Diese Symptomencomplexe können eben lediglich als functionelle Erkrankungen der Gehirnrinde längere oder kürzere Zeit andauern, und wenn man ihre Ursache nicht kennt, oder wenn man, anders gesagt, von keinem andern Leiden, welches gleichzeitig das Gehirn beherrscht, etwas weiss, so bleibt uns eben nichts übrig, als diese Neurosen an und für sich Manie, Melancholie, Paranoia, Epilepsie etc. zu nennen und sie einstweilen als selbstständige Krankheitsformen zu betrachten.

Fassen wir beispielsweise einen solchen an Manie mässigen Grades leidenden Kranken in's Auge. Keinerlei Symptome eines schwereren organischen Körper-

oder Gehirnleidens ist zu finden; was der junge Mann Krankhaftes zeigt, ist: die Beschleunigung des Vorstellungs-Ablaufs, das gehobene Selbstgefühl, der gesteigerte Trieb nach motorischer Aeusserung. In mässigsten Graden bietet sogar dieser Symptomencomplex nur eine Steigerung psychischer Leistungsfähigkeit dar, welche z. B. aus einem mittelmässigen Arbeiter einen solchen mit Leistungen ersten Ranges macht. — Das Umgekehrte findet bei der Melancholie statt: hier ist der Ablauf der Vorstellungen verlangsamt, gehemmt, das Selbstgefühl herabgesetzt, das Bedürfniss nach motorischer Aeusserung verringert, erloschen, oder doch in einseitiger Weise modificirt. Aechte Hallucinationen fehlen bei Beiden. Die Paranoia charakterisirt sich bekanntlich durch das primäre Auftreten dominirender Wahnideen mit oder ohne Hallucinationen und so fort.

Diese rein functionellen Neurosen des psychischen Organs (der Gehirnrinde) beim Menschen können, wie bekannt, gleichsam experimentell hervorgerufen werden, z. B. durch den Alcohol. Es ist sehr lehrreich, bei einem prolongirten Gelage zu sehen, wie von den Versammelten der Eine maniakalisch, der Andere melancholisch wird und der Dritte Verfolgungswahnideen bekommt. Wieder Andere werden primär dement, bei Manchen entstehen Augenmuskellähmungen, Ataxie, Sprachstörungen, ja das complete Bild der Dementia paralytica kann sich entwickeln. Dass durch den Alcohol auch epileptische Anfälle ausgelöst werden können, ist ebenfalls bekannt. — Am andern Tage ist Alles verschwunden, der Alcohol ist verraucht, die Gehirnrinde hat sich von dem Insult erholt. —

Dieselben Formen, welche dort quasi experimentell hervorgebracht werden, kennen wir auch sonst in der Psychiatrie als Grundformen: Manie, Melancholie, Paranoia, die primäre einfache Dementia, endlich die Dementia paralytica. Um über die Letzteren noch einige Worte zu sagen, so zeichnet sich der einfache primäre Blödsinn aus durch Abnahme der Intelligenz ohne primäre krankhafte Gemüthsstörung und ohne Wahnideen, bei dem paralytischen Blödsinn besteht gleichfalls Ausfall der Vorstellungen, Abnahme der psychischen Leistungsfähigkeit, des Gedächtnisses etc., es kommen jedoch als charakteristische Merkmale hinzu die bekannten Lähmungssymptome. Krankhafte Gemüthsstörungen fehlen in den reinen Fällen durchaus, desgleichen Wahnideen. Diese ganz reinen Fälle der Dementia paralytica kommen nicht immer in die Irrenanstalten: es sind die harmlosen, stets zufriedenen, leicht gerührten, leichtgläubigen, gedächtnissschwachen Kranken, welche in Sprache und Bewegungen immer unbeholfener, schliesslich hinfällig und gelähmt werden und im Marasmus oder in einem paralytischen Anfall zu Grunde gehen.[1] Dieser selbstständige und eigenartige reine Symptomencomplex der Dementia paralytica kann von selbst (oder durch diese und jene Schädlichkeit) entstehen. Er kann auch, gewissermaassen experimentell, durch Intoxication hervorgerufen werden. Den Alcohol habe ich oben bereits erwähnt. Dass auch durch Bromkali in fortgesetzten höheren Dosen ein Krankheitszustand herbeigeführt werden kann, welcher mit einer ausgebildeten Dementia paralytica

[1] Ein derartiger Fall lag z. B. bei dem jüngst verstorbenen Lasker vor.

zum Verwechseln ähnlich ist, ist ebenfalls bekannt;[1] Blei und andere Gifte gehören hierher. Diese Zustände sind heilbar, und zwar können sie ohne Intelligenzdefect heilen; auch bei der nicht toxischen, gewöhnlichen Dementia paralytica sind einige wenige Heilungen beobachtet. Daraus folgt, dass die paralytische Dementia eine eigene Krankheitsform ist, deren Wesen eben nur fortschreitende geistige Schwäche mit Lähmung ist. In sofern haben also Baillarger und Andere Recht. Weiter folgt, dass dieser Symptomencomplex nicht von vorn herein mit einer organischen Destruction der Gehirnrinde einherzugehen braucht: die (gewiss vorhandenen) pathologischen Zustände der Elemente der Rinde können wieder völlig verschwinden. Sie gehen aber, falls keine Heilung eintritt, verhältnissmässig rasch in wirkliche organische Destruction der Rinde über. — Auch bei reiner Melancholie und Manie tritt bekanntlich, wenn der Prozess (den wir nicht kennen) nicht heilt, schliesslich ein Zustand geistiger Schwäche ein, aber das dauert viele Jahre und nie finden sich dabei paralytische Nebensymptome.

Bei der paralytischen Demenz findet man post mortem die bekannten Veränderungen: eine Frage für sich bleibt die Verschiedenheit der Ausdehnung des Prozesses, sowie der Umstand, auf welchen Arndt in der vorjährigen Sitzung des Irrenärzte-Vereins aufmerksam machte (welche Verf. bestätigen kann), dass bei paralytischen Weibern zuweilen jeder erkennbare gröbere Befund post mortem vermisst wird.

Das klinische Bild der Dementia paralytica ist nun aber selten so einfach: dies kommt daher, dass auf dem durch den paralytischen Prozess geschwächtem und präparirtem Boden sich jede andere Form der functionellen Psychose mit Vorliebe entwickelt. Melancholie, Manie, Paranoia (simplex und hallucinatoria) gesellen sich der Dementia paralytica hinzu, oft in wechselnder Weise, oft unter einander combinirt. So entstehen die bekannten Bilder, durch welche sich — als rother Faden — Demenz und Paralyse hindurchziehen. Auch epileptische Anfälle stellen sich ein — wie sich die Epilepsie ja gern zu organischer Hirnstörung hinzugesellt.

Und damit sind wir in mediis rebus: hier liegt der Kernpunkt der Frage nach den combinirten Psychosen.

Melancholie, Manie und Verrücktheit sind Symptomencomplexe, welche

A. als selbstständige functionelle Neurosen des Centralorgans entstehen und für sich weiter bestehen können, welche

B. im Verlaufe eines anderen, uns bekannten Krankheitsvorganges im Gehirn, also auf pathologisch verändertem, präparirtem Boden sich entwickeln und diesem Leiden sich zugesellen können.

Von den reinen Formen (A) können nur Melancholie und Manie in einander übergehen (mit einander wechseln), beide gehen jedoch niemals in Paranoia über, ebenso wenig wie umgekehrt. Heilt die Melancholie oder Manie

[1] Ueber einen sehr prägnanten Fall der Art habe ich im Jahre 1878 im Marburger Aerztl. Verein vorgetragen (Ref. in Berl. klin. Woch. 1879, Nr. 46). Auch in Folge von Ergotismus epidemicus habe ich solche Zustände beobachtet.

nicht, so tritt allmählich geistige Schwäche ein, unter Fortbestehen der krankhaften Gemüthserregung.

Gesellen sich aber (B) diese functionellen Psychosen einer bestehenden organischen Gehirnstörung zu, oder entstehen sie auf dem Boden einer auf irgend welcher sonstigen Körperkrankheit beruhenden krankhaften Disposition des Gehirns, so bleibt die Form der Psychosen selten rein, es stellen sich vielmehr sehr häufig Combinationen und abnorme Uebergänge heraus.

Es ist nicht schwer, dies im Einzelnen zu beweisen und mit zahlreichen Beobachtungen zu belegen. Ich beschränke mich jedoch an dieser Stelle auf die folgenden kurzen Ausführungen.

Von den organischen Störungen des Gehirns erwähne ich

I. die Entwickelungsstörungen des nervösen Centralorgans. Diese Störung kann bekanntlich eintreten im Fötalleben, in der Kindheit und in der Zeit der Pubertätsentwickelung. Das Gehirn wächst ja (entwickelt sich) bis zum 21. Lebensjahre. Weitaus am interessantesten sind die in der Zeit der Pubertätsentwickelung auftretenden Seelenstörungen. Sie sind selten rein, meist sind es Mischformen (Combinationen), oft findet ein proteusartiger Wechsel statt, epileptische Anfälle kommen dazwischen vor und so fort. Als rother Faden ziehen sich hier die partiellen Defecte, die psychische Entartung, die fortschreitende allgemeine geistige Schwäche durch alle Phasen des Verlaufes. Dieses Grundsymptom sichert — neben der anamnestischen Erhebung des Beginnes der Krankheit — die Diagnose.

II. Von den organischen Störungen des normal und voll entwickelten Gehirns nenne ich als Beispiel das Trauma des Gehirns. Die traumatischen Psychosen sind oft wahre Muster von Combinationen. — Combinirte Psychosen finden sich weiter bei Gehirnembolien, Blutungen, Parasiten, Tumoren, Sklerosen, Abscessen etc.

III. Körperkrankheiten, welche das Gehirn afficiren und den Boden für einfache und combinirte Psychosen ebnen, sind die meisten acuten und chronischen Infectionskrankheiten, die Herzkrankheiten, die Nierenkrankheiten etc.; auch die Intoxicationen des Gehirns zeigen oft Combinationen und abnorme Uebergänge zwischen den auftretenden Psychosen.

IV. Eine weitere, sehr wichtige Gruppe der die Combination der Symptomencomplexe begünstigenden Gehirnaffectionen ist die Gruppe der sog. schweren Neurosen: Epilepsie, Hysterie etc. Auf dem Boden dieser Krankheiten wachsen bekanntlich die mannigfachsten Formen der Seelenstörung, sie können rein sein, oft sind sie combinirt.

V. Gewisse, das psychische Organ stark afficirende Körperzustände der Frauen geben Anlass zum Auftreten combinirter Psychosen: Menstruation, Gravidität, Puerperium, besonders aber das Klimacterium. Die um die letztgenannte kritische Zeit auftretenden Seelenstörungen sind sehr häufig combinirter Art und gerade hier findet man so oft Fälle, in denen zur Melancholie Sinnes-

täuschungen und darauf bezügliche Wahnideen treten oder in denen Melancholie in Paranoia übergeht.

VI. Endlich erwähne ich noch die gestörte Involution des Gehirns, die senile Seelenstörung, als eine solche, bei welcher oft Mischformen beobachtet werden, um dann — zur Dementia paralytica zurückzukehren, von der meine Ausführungen ausgingen. Man hat sie als Senectus praecox aufgefasst, neuerdings will man sie vorwiegend auf Syphilis zurückführen[1], sie hat auch noch sonstige Ursachen, das jedoch kommt hier erst in zweiter Linie in Betracht.

Die im Vorstehenden angedeuteten Verhältnisse haben nicht nur theoretischen Werth, sondern sie sind für die Diagnose und Prognose der Psychosen von der grössten Bedeutung. Denn finden wir in einem anamnestisch oder sonstwie dunkeln Falle eine combinirte Psychose oder einen abnormen Uebergang, so muss sich uns sogleich der Verdacht aufdrängen, dass irgend einer der — oben angedeuteten — pathologischen Grundzustände im Gehirn vorwaltet.

II. Referate.

Anatomie.

1) **Ein Beitrag zur Anatomie und Physiologie der Spinalganglien.** Inaug.-Dissertation von Pericles Vejas. München 1883.

Die experimentell-anatomischen Untersuchungen des Verf. erstrecken sich besonders auf die Frage der Unipolarität oder Bipolarität der ganglio-spinalen Zellen. V. erklärt dieselben für unipolar, weil a) nach gänzlichem Mangel der centralen Fasern die von den Ganglien ausgehenden Fasern an Zahl weit zurücktreten, b) nach Zerstörung der centralen Fasern kein wahrnehmbarer Unterschied in den Zellen zu finden ist. — Auf die Annahme der Unipolarität der Ganglienzelle gestützt bekämpft V. die Waller'sche Ansicht, wonach (im Gegensatz zu der Axmann'schen) die Spinalganglienzellen eine trophische Einwirkung nicht auf die peripheren Gebilde (Haut etc.), sondern auf die sensiblen Nervenfasern selbst, sowohl centralwie peripheriewärts, vermitteln. Gegen diese Annahme führt V. auch noch Folgendes an: Das Erhaltenbleiben des aus den Spinalganglien austretenden Stammes selbst zu einer Zeit, wo die entsprechenden motorischen, mit dem angeblich im Rückenmark gelegenen Nährcentrum in Verbindung stehenden Fasern schon zu Grunde gegangen sind; ferner das Zugrundegehen der Ganglien nach Durchschneidung des peripheren Stammes; auch die pathologischen Beobachtungen bei Tabes-Fällen, in welchen die Degeneration bis dicht an das Ganglion herantrat. Etwas Positives an Stelle der bekämpften Waller'schen Lehre zu setzen, ist V. nicht im Stande, sondern meint schliesslich nur, dass „von den Spinalganglienzellen unabhängige Fasern entspringen, die mit einer bisher unbekannten Function betraut sind."

A. Eulenburg.

---

[1] In der hiesigen Anstalt befanden sich im vergangenen Jahre 7 paralytische Frauen: 5 waren sicher syphilitisch gewesen, die anderen beiden höchst wahrscheinlich. Ein anderer seltener Fall meiner Beobachtung (Paralyse bei einer Dame der höheren Stände) beruhte gleichfalls sicher auf Syphilis.

2) **Sur l'existence de cellules ganglionaires dans les racines postérieures des nerfs rachidiens de l'homme** par le docteur George Rattone, Turin. (Internationale Monatsschr. f. Anatomie u. Histologie, herausgegeben von Krause in Göttingen. Bd. I. H. 1.)

Nachdem zuerst Hyrtl an Cervicalnerven, neuerdings Giacomini und Davida an Lumbarnerven in seltenen Fällen die Spinalganglien doppelt und selbst dreifach vorhanden gefunden hatten; nachdem ferner schon von älteren Forschern und in neuerer Zeit von Freud das Vorkommen von Ganglienzellen an den hinteren Spinalnervenwurzeln bei Fischen constatirt war, gelang es R. festzustellen, dass beim Menschen ausnahmslos an allen hinteren Wurzeln der Spinalnerven isolirte Ganglienzellen vorhanden sind. R. fand sie an den einzelnen Wurzeln in wechselnder Zahl und zwar die wenigsten an den Dorsalnerven (3—12), zahlreicher an den Cervicalnerven (3—34), am meisten an den Lumbal- resp. Sacralnerven (6—65 resp. 26—81). Die Ganglienzellen sind so an der Wurzel vertheilt, dass sie zahlreicher und dichter nach dem Spinalganglion hin liegen, als nach dem Rückenmark hin. Sie sind 8—300 μ gross, also z. Th. colossal und haben einen Kern — selten zwei — mit Kernkörperchen. Sie zeigen einen oder zwei Fortsätze, in sehr seltenen Fällen auch drei, und zwar liegen in der Regel die unipolaren Zellen an der Peripherie, die bi- und multipolaren im Innern der Wurzelbündel. Die Zellenfortsätze schliessen sich entweder den Wurzelfasern an, oder sie dienen zur Verbindung von Zelle zu Zelle.

Jede Zelle liegt eingeschlossen in einer bindegewebigen Kapsel, die mit einer meistens einfachen Lage von Endothelzellen ausgekleidet ist; das Endothel bedeckt auch noch eine Strecke weit die Zellenfortsätze.

Niemals fand R. beim Menschen an einer vorderen Wurzel Ganglienzellen, und er kommt deshalb auf die alte Frage zurück, ob denn wirklich das Vorkommen bipolarer Ganglienzellen in Verbindung mit Nervenfasern als anatomisches Merkmal für die sensible Natur dieser Fasern (R. Wagner) aufgefasst werden könne. R. neigt zu dieser Auffassung, will aber erst noch weitere Untersuchungen abwarten, da Schäfer in London kürzlich bei der Katze Ganglienzellen an den vorderen Rückenmarkswurzeln gefunden haben will. Hadlich.

Experimentelle Physiologie.

3) **Halbseitige Durchschneidung des Rückenmarks** von David Ferrier. (Brain. 1884. April.)

Zur genaueren Aufklärung der sensibeln Leitungsbahnen im Rückenmark unternahm F. einen diesbezüglichen Versuch an einem Affen, dem er die linke Hälfte des Rückenmarks in der Höhe des 7. und 8. Nerven durchschnitt. Die genaue Beobachtung des Operationsthieres ergab complete motorische Paralyse auf der verletzten Seite mit Erhaltung der Sensibilität und vollkommene Anästhesie und Analgesie auf der entgegengesetzten Seite mit Erhaltung der Motilität daselbst. Es ergiebt sich auf diese Weise eine Uebereinstimmung mit den Untersuchungen von Ludwig und Woroschiloff, während sich die Versuche von Schiff als irrthümlich herausstellen. Beim Vergleich dieser Versuchsresultate F.'s mit den Erfahrungen am Menschen ergeben sich manche Uebereinstimmungen, aber auch manche Differenzen, namentlich zeigt sich, dass die Anschauung Brown-Séquard's, wonach der Muskelsinn auf der verletzten Seite zerstört sei, irrthümlich ist, dass vielmehr nach halbseitiger Durchschneidung des Rückenmarks der Muskelsinn auf der Seite der Verletzung erhalten, auf der anderen unverletzten Seite dagegen in gleicher Weise, wie die übrige Sensibilität zerstört sei. B. Baginsky.

---

4) Die Lehre vom Hirndruck und die Pathologie der Hirncompression von Prof. Dr. Albert Adamkiewicz in Krakau. (Sitzungsberichte der kais. Akademie der Wissenschaften. 1883. October.)

Gegenüber der, wie es schien, sicher begründeten Lehre, dass der sogenannte Hirndruck bei der Incompressibilität der Gehirnsubstanz in Folge einer Spannungszunahme des Liquor cerebrospinalis entsteht, versucht A. in dem ersten Theile seiner Arbeit auf Grund von Versuchen den Nachweis zu erbringen, dass die bisherigen Anschauungen dem wahren Sachverhalt nicht entsprechen. Die Quelle der Cerebrospinalflüssigkeit ist der capilläre Blutdruck des Centralnervensystems und derselbe beherrscht zugleich die Spannung dieser Flüssigkeit. Da nun die Cerebrospinalflüssigkeit den über den Piagefässen vorhandenen und von der Dura eingeschlossenen Raum ausfüllt, so wird die Menge der Flüssigkeit von der Grösse des Raumes abhängen, den die Dura umschliesst und eine Beengung des Arachnoidalraumes wird die Transudation beschränken, eine Erweiterung desselben sie befördern. Unter diesen Verhältnissen kann bei einer schnellen oder plötzlichen Beschränkung der Druck in der Cerebrospinalflüssigkeit wohl vorübergehend zunehmen, für die Dauer ist dies jedoch nicht möglich. Es ergiebt sich hieraus, dass Ströme der Cerebrospinalflüssigkeit von der Schädelhöhle nach dem Rückgratskanal und umgekehrt nicht existiren können und dass, da die Flüssigkeitsmenge eine variable ist, eine Beengung des Arachnoidealraums nie eine vergrösserte Spannung des Liquor hervorbringen kann. Da nun auch die Erscheinungen, die man bisher als Hirndrucksymptome gedeutet hat, nach A.'s Versuchen als Wirkungen von Hirnreizungen sich darstellen, so erübrigt nichts weiter, als die Lehre vom Hirndruck „durch erhöhte Spannung des Liquor cerebrospinalis" fallen zu lassen. Da nun aber die Möglichkeit einer intracraniellen Raumbeschränkung physiologisch wie klinisch nachweisbar vorhanden ist, diese Raumbeschränkung weder durch Dislocation des Blutes noch der Cerebrospinalflüssigkeit ermöglicht wird, so kann sie nur auf Kosten der Nervensubstanz selbst erfolgen und in der That behauptet A., dass die Gehirnsubstanz compressibel ist. Es wird nun in dem zweiten Theile seiner Arbeit der Einfluss der Compression auf die Anatomie, Histologie und die Functionen des Gehirns des Weiteren auseinandergesetzt. Durch langsam wachsende Herde kann die Hirnsubstanz eine grosse Compression erfahren, welche bis zu einer gewissen Grenze nur anatomische Veränderungen (Hyperämie, Hypertrophie, die von A. sogenannte Condensationshypertrophie) erzeugt. Wird indess die Compression darüber hinaus gesteigert, so fangen dann auch die Functionen des Gehirns zu leiden an. Es zeigen sich Störungen in den Organen des vegetativen Lebens, im Gebiete der Sinnesorgane und schliesslich im Gebiete der motorischen Sphäre, Störungen, welche, so lange es sich nur um einfache Compression handelt, mit Aufhebung des Druckes wieder verschwinden können. B. Baginsky.

---

5) Ueber paralytischen Blödsinn bei Hunden von Dr. E. Mendel. (Aus den Sitzungsberichten der Kgl. Preuss. Akad. der Wissensch. XX. 17. April 1884.)

Die Untersuchungen über die progressive Paralyse der Irren führten Verf. zu dem Schluss, dass zur Hervorbringung der Krankheit zweierlei nothwendig sei: einmal eine gewisse krankhafte Veränderung der Gefässwände, die den Durchtritt der weissen Blutkörperchen, wie des Blutplasma erleichtert, zweitens eine active Hyperämie in den Gefässen der Hirnrinde, welche jenen Durchtritt in die Hirnsubstanz veranlasst. Die in grösserer Menge ausgetretenen Blutbestandtheile bilden sodann den Ausgangspunkt für die weiteren in der Hirnrinde sich vollziehenden Veränderungen: Wucherung der Gliazellen, Bindegewebneubildung, schliesslich Atrophie der nervösen Elemente.

Wenn diese Auffassung eine richtige war, schien kein Grund vorzuliegen, warum

man nicht auch bei Thieren nach Herstellung jener Bedingungen progressive Paralyse mit jenen pathologisch-anatomischen Veränderungen in der Hirnrinde sollte erzeugen können. Ja, es liess sich annehmen, dass auch ohne vorhergegangene Erkrankung der Gefässwände dasselbe Resultat erzielt werden würde, wenn nur eine stärkere treibende Kraft für die Hyperämie angewandt wurde, um den grösseren Widerstand normaler Gefässwände aufzuwiegen.

Diese Erwägungen bildeten den Ausgangspunkt von Versuchen, die in dem physiologischen Laboratorium der Kgl. Thierarzneischule an Hunden angestellt wurden. Zur Hervorrufung der activen Hyperämie wurde die Centrifugalkraft benutzt, in ähnlicher Weise, wie dies Salathé (Traveaux du Laboratoire de M. Marey, Année 1877, p. 251) zu anderem Zweck gethan hat.

Hunde, die auf einer Tischplatte so befestigt waren, dass ihr Kopf an der Peripherie des Tisches sich befand, gingen, wenn die Tischplatte in genügend schnelle und lange genug fortgesetzte Rotation versetzt wurde, während der Drehung zu Grunde (in 25—30 Minuten bei 120—130 Umdrehungen in der Minute). Die Section zeigte hochgradige Hyperämie der Schädelknochen, der Hirnhäute und der grauen Hirnrinde, Blutleere und Oedem der weissen Substanz. Ausserdem fanden sich in den Häuten, wie in der Hirnrinde zahlreiche punktförmige Blutungen, die besonders in der Gegend des Sulcus cruciatus ausgeprägt waren.

Wenn man aber die Hunde bei geringerer Geschwindigkeit (100—110mal in der Minute) nur wenige (4—6) Minuten drehte, so sah man bei Aufhören des Drehens nur die oft beobachteten und beschriebenen Schwindelerscheinungen. Wiederholte man diese Drehungen täglich, und zwar 3—4mal mit kurzen Pausen, dann sah man gegen den 12.—14. Tag zuerst Verlust des Muskelgefühls einer hinteren Extremität, dem bald dann derselbe Zustand in der anderen folgte. Waren diese Erscheinungen deutlich ausgeprägt, so wurden die Drehungen nicht mehr wiederholt und die Thiere bei guter Fütterung sich selbst überlassen. Im Laufe der nächsten Wochen stellten sich nun ein: Zunahme der Erscheinungen an den hinteren Extremitäten, erschwertes Gehen (Hahnentritt, Lahmsein), schliesslich vollständige Unfähigkeit sich zu bewegen, Facialisparesen, Paresen der Rumpfmusculatur, der Nackenmusculatur, Veränderungen des Bellens, erschwertes Urinlassen. Gleichzeitig nahm die meist schon in der zweiten Woche deutliche Apathie stetig zu und wurde allmählich zum theilnahmlosen Blödsinn. Das Körpergewicht pflegte dabei sehr rasch zu sinken, während der Appetit ungestört erschien. Der Tod erfolgte unter den Erscheinungen allgemeiner Lähmung.

Vergleicht man das geschilderte Krankheitsbild, das bei Hunden sonst nicht beobachtet wird, mit den beim Menschen vorkommenden Krankheiten, so kann nur die progressive Paralyse der Irren in Frage kommen, mit der es sowohl in Bezug auf den progredienten Verlauf, wie in Bezug auf die Verbindung des Blödsinns mit den allgemein verbreiteten paralytischen Symptomen übereinstimmt.

Diese Uebereinstimmung wird aber ausserdem gestützt durch die Sectionsresultate.

Dieselben ergaben bisher regelmässig: Verwachsung des Schädels mit der Dura, dieser mit der Pia und der Hirnrinde im Bereiche des Sulcus cruciatus, Trübung der Pia, besonders längs der Gefässfurchen, Eingesunkensein der den Sulcus cruciatus umgebenden Windungen, wie des Lobus anterior, Hydrocephalus internus. Mikroskopisch zeigten sich partielle Verwachsungen der Hirnrinde mit der Pia, Kernvermehrung, Wucherung der Gliazellen mit Neubildung von Gefässen, stellenweise Veränderungen der Ganglienzellen. Die hochgradigsten Veränderungen fanden sich in den den Sulcus cruciatus und die Fissura Sylvii umgebenden Windungen, in ähnlicher Weise wie beim Menschen und entsprechend der Localisation der Symptome. Die übrigen Organe, auch das Rückenmark, boten nichts wesentlich Abnormes.

Dass in der That die active Hyperämie die wesentliche Bedingung für die

Erzeugung der Krankheit ist, geht daraus hervor, dass ganz in derselben Weise angestellte Experimente, bei denen aber der Kopf des Hundes in der Mitte der Tischplatte fixirt war, wodurch Hirnanämie beim Drehen hervorgerufen wurde, ohne jedes Resultat blieben.

Pathologische Anatomie.

6) **On the pathological changes of the nervous elements of the spinal cord as observed in two cases of acute traumatic myelitis** by H. D. Schmidt. (The Journ. of nerv. and ment. disease. 1884. Vol. XI. p. 53.)

Verf. untersuchte 2 Fälle von traumatischer Rückenmarkscompression; der eine kam 6 Tage nach dem Falle, 11 St. post mort. zur Section; Härtung in Müller'scher Flüssigkeit und Alcohol. Die Untersuchung der Abschnitte ober- und unterhalb der Compressionsstelle ergab: Die feineren und feinsten Gefässe des Rückenmarks sind mit Blutkörperchen gefüllt, die Zellen ihrer Wandungen zeigen Vermehrung des Protoplasmas mit nachfolgender massenhafter Verfettung; an ihrer Aussenfläche stellenweise fein granulirtes Exsudat und capilläre Hämorrhagien; bezüglich der Ganglienzellen nimmt S. wegen ihrer intensiven Färbung mit Carmin an, dass sie parenchymatös entzündet waren; einzelne, welche eine vorwiegende Einwirkung der Picrinsäure zeigten, sollen den Beginn einer Degeneration zeigen. Die weissen Nervenfasern zeigten die bekannten Anschwellungen; die geschwollenen Axencylinder waren meist gut mit Carmin gefärbt, die ungefärbten zeigten fettige Entartung.

In dem 2. Falle, der noch vor Ablauf von 24 St. verstarb, beschränkten sich die Veränderungen vorwiegend auf die Varicositäten der Nervenfasern.

A. Pick.

Pathologie des Nervensystems.

7) **Case illustrating cerebral localisation** by Joseph Wiglesworth. (Brain. 1884. Jan. p. 506—508.)

Bei einer 71jähr. Hospitalitin ergab die Gehirnobduction wesentlich Erweichung der hinteren zwei Drittel des rechten Gyrus fornicatus und der unteren Hälfte des rechten Paracentrallappens, ferner eine Cyste in der Mitte des Schläfelappens, welche das mittlere Drittel der „oberen" Schläfenwindung einschloss. Bei Lebzeiten hatte linksseitige Hemiparese von gewöhnlichem Charakter (der Arm stärker betheiligt) und niemals amnestische Aphasie, unverständlicher Jargon bei sehr bedeutender Demenz bestanden.

E. Remak.

8) **Di un caso di afasia; contribuzione allo studio della patologia del linguagio**, per il dott. R. Bruggia. (Arch. ital. par le malat. nervos. 1884. XXI. p. 92.)

Der sehr ausführlichen Arbeit liegt ein sehr interessanter Fall von Sprachstörung zu Grunde, der hier indess nur eine kurze Wiedergabe gestattet. Ein 35jähr. Feuerwerker wurde in Folge einer Explosion durch die Spitze einer Holzstange so getroffen, dass eine rundliche Depression, tief genug, um eben eine Fingerspitze hinein zu legen, in der linken Schläfe etwa 2—3 cm über der äusseren Ohröffnung entstand. Nach einer Bewusstlosigkeit von nur wenigen Minuten Dauer konnte er sich aufrichten, doch zeigte sich sofort eine Unfähigkeit, verständlich zu sprechen. Später, auf dem Weg nach Haus begriffen, sank er noch einmal bewusstlos zusammen und blieb nun in einem an Intensität etwas schwankenden Zustande von Sopor 14 Tage

hindurch. Dann trat allmähliche Aufklärung ein und ebenso schwanden gewisse paralytische Symptome, die sich auf der rechten Körperhälfte angedeutet hatten. Nach 2 Monaten war ausser der noch zu erwähnenden Sprachstörung nur eine ganz unbedeutende Parese der rechtsseitigen mimischen Gesichtsmusculatur bei völliger Freiheit aller Zungen- und Lippenbewegungen, sowie eine geringe Abstumpfung der Sensibilität auf der rechten und des Gehörs auf der linken Seite vorhanden. Die Sprachstörung war als eine atactische zu bezeichnen. Pat. verstand Alles, was man ihm sagte, doch konnte er sich selbst nicht verständlich machen; die ersten Silben eines Satzes konnte er noch ziemlich geordnet aussprechen, dann aber traten andere Buchstaben an die Stelle der intendirten, die in immer wachsender Unordnung durcheinander geworfen wurden, bis der Pat. endlich den Versuch aufgab, den betreffenden Satz zu vollenden. Während die einfachen Vocale im Allgemeinen richtig ausgesprochen wurden, machten schon Diphthonge bedeutende Schwierigkeiten und einzelne Consonanten konnten überhaupt nicht wiedergegeben werden. Dabei war es bemerkenswerth, dass Pat. im Zorn — er war sehr reizbar, wenn er sich nicht gleich verstanden sah — einzelne Schimpfworte ganz fliessend ausstossen konnte, die er im nicht aufgeregten Zustande nur theilweise zu articuliren vermochte. Melodien konnte er fehlerfrei reproduciren; seine Wünsche aufzuschreiben war er ebensowenig im Stande, wie sie auszusprechen, dagegen konnte er Schriftstücke ohne Anstoss copiren. Die Diagnose wurde auf eine durch die Knochenimpression bedingte kleine Verletzung des Fusses der 3. Stirnwindung und der ersten Temporalwindung gestellt; der Sopor und die übrigen Symptome wurden auf eine im Anschluss an die Verletzung allmählich entstandene Blutung mit Compression des Hirns bezogen, die später wieder resorbirt worden ist. Ob die beabsichtigte Trepanation nachträglich ausgeführt ist, ist nicht zu ersehen. Sommer.

---

9) Ueber Rückenmarksabscess von Prof. H. Nothnagel. (Wiener med. Blätter. 1884. Nr. 10.)

In der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte vom 22. Febr. 1884 berichtete N. über einen bei einem an Bronchiectasie erkrankten Manne auf der Wiener Klinik beobachteten Rückenmarksabscess, dessen Diagnose schon intra vitam möglich war. Die Section bestätigte die Annahme einer solchen Affection.

Binnen weniger Tage waren bei dem Kranken von Seiten des Rückenmarks folgende Erscheinungen zu Tage getreten: Heftig schneidender Gürtelschmerz, Blasenlähmung, Parästhesien und Schwere in den unteren Extremitäten — schliesslich völlige Paraplegie derselben. Letztere, sowie das Erloschensein der Sehnen- und Hautreflexe, die complete Anästhesie der unteren Extremitäten, welche bis zur oberen Bauchhälfte hinaufreichte, Alles dies gab bei Mangel jeglicher abnormen Gehirnerscheinung N. Veranlassung, anzunehmen, dass es sich um eine Myelitis acutissima handle in der Höhe des 5., 6. und 7. Brustwirbels, in welche Gegend Pat. seinen Gürtelschmerz vorzüglich localisirte.

Die weitergehende Diagnose lautete auf: „eitrige Zerstörung der Rückenmarkssubstanz".

Schon nach Ablauf einiger Tage wurde der Kranke comatös und starb. Prof. Kundrat fand bei der Section eine Meningitis cerebralis, für welche während des Lebens bis auf geringen Kopfschmerz und eine nicht sehr deutliche Pupillendifferenz kein Symptom gesprochen hatte, ferner einige Hirnabscesse, welche sich im Centrum semiovale etablirt und Ausfallserscheinungen nicht hervorgerufen hatten. Im Rückenmark fand sich eine Meningitis suppurativa spinalis und schliesslich der eigentliche Rückenmarksabscess, den N. folgendermaassen schildert:

„Als das Rückenmark herausgenommen wurde, zeigte es sich, dass die unteren Partien des Brustmarkes sowie das Lendenmark rosenkranzförmig geschwellt waren

mit einzelnen Auftreibungen und Einschnürungen versehen. Sobald man auf letztere einschnitt, entleerte sich graugrüner, stinkender Eiter; die Eiterung erstreckte sich nach oben bis zur Halsanschwellung. In den oberen Abschnitten betraf die Suppuration ausschliesslich die centralen Partien; das weisse Marklager sah feucht, etwas injicirt aus, war aber in seiner Structur noch vorhanden. Auch unten umgab die weisse Substanz wie ein dünner Mantel die Eiterhöhle."

N. erörtert zum Schluss die Frage, worin die eigenthümliche Beziehung zwischen putrider Lungenerkrankung und eitriger Entzündung der nervösen Centralorgane und ihrer Hüllen liege. Es handelt sich nach N.'s Meinung um eine Verschleppung particulärer Elemente auf dem Wege der Pulmonalvenen und des linken Herzens: während es aber sonst bei derartigen Embolien zu Infarcten in der Milz und Niere komme, scheint das Gift, welches bei putriden Lungenprozessen vorhanden sei, eine specifische Affinität zum Centralnervensystem zu besitzen. Denn abgerechnet von der geschilderten seltenen Abscessirung in der Med. spinalis hat N. zur Beobachtung von Hirnabscessen bei Bronchiectatischen schon mehrmals Gelegenheit gehabt.

Der Versuch, durch Injection des putriden Sputums bei Kaninchen diese Affinität experimentell nachzuweisen, ist N. nicht gelungen. Laquer.

---

10) **Tabes dorsalis im Kindesalter** von Jakubowitsch. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. V. H. 5/6.)

10jähriger Knabe litt im Winter 1881 an Pachymeningitis, welche eine volle „centrale" Taubheit hinterliess. Im Juli 1882 erschienen neuralgische Schmerzen in der Stirn, dem Hinterhaupte, zwischen den Schultern und in den Kniegelenken. Gleichzeitig entwickelte sich eine schnell progrediente Schwäche in den Beinen und eine Veränderung des Ganges, der vollkommen atactisch wurde.

Grösse des Pat. 120 cm, Schädelumfang 51 cm; vorderer Querdiameter 12, hinterer 11, grader 17. — Gesichts-, Geruchs- und Geschmackssinn intact; dagegen wurden Dysphasie, Dyslexie und paraphasische Erscheinungen beobachtet. — Auf der Haut tritt zuweilen Erythema nodosum auf. — Muskelkraft der Oberextremitäten bedeutend vermindert; untere Extremitäten wenig atrophisch. Gang atactisch und ohne Unterstützung weder mit offenen, noch mit geschlossenen Augen möglich.

Die Untersuchung des Tastgefühls mit dem Weber'schen Zirkel ergiebt überall eine bemerkliche Erweiterung der Weber'schen Kreise.

Gürtelgefühl und abnorme Empfindungen unter den Fusssohlen werden nicht beobachtet.

Kniephänomen rechts in geringem Grade erhalten; links nicht hervorzurufen. — Muskelempfindlichkeit gestört. — Elektromuscularsensibilität vermindert.

Darmfunction träge. — Urin enthält Niederschläge aus Harnsäure und oxalsaurem Kalk.

Die Therapie (Argent. nitric., Kali bromat., Nux vomica, Elektricität) blieb erfolglos. M. Cohn, Hamburg.

---

11) **Ueber Erb's „Mittelform der chronischen Poliomyelitis anterior"** von Löwenfeld. (Deutsche med. Wochenschr. 1884. Nr. 4 u. 5.)

L. beschreibt 2 Fälle, die er der von Erb aufgestellten Mittelform der chronischen Poliomyelitis ant. zuweist, ohne sie, bei dem bisherigen Mangel einer anatomischen Diagnose wegen der relativ günstigen Prognose dieses Symptomencomplexes, von den ähnlichen Krankheitsbildern der multiplen Neuritis und der Polymyositis differentiell-diagnostisch streng scheiden zu können.

I. Bei einem kräftigen Manne tritt unmittelbar nach einem anstrengenden Ritt

eine langsam zur Parese sich steigernde Schwäche im rechten Bein auf, zu welcher sich allmählich auch Atrophie der Musculatur gesellt, während das Kniephänomen schwindet; später entwickelt sich im linken Bein, unter anfänglicher Steigerung, dann Abschwächung des Kniephänomens ein mässigerer Schwächezustand des linken Beins mit nebenhergehender Atrophie, keine wesentliche Störung des Allgemeinbefindens; galvanische und faradische Erregbarkeit der Nerven erhalten, in den Muskeln z. Th. deutliche partielle EAR, z. Th. nur geringe Erregbarkeitsveränderungen. Sensibilität intact, keine Druckempfindlichkeit der Nervenstämme und Muskeln, keine Beschränkung der motorischen und trophischen Störungen auf das Gebiet bestimmter Nerven; vorübergehende Blasenschwäche. Ausgang in wesentliche Besserung. Erwähnt sei noch die undulirende Contractionsform, später die trägen Zuckungen der paretischen Muskeln auf faradische Reizung (faradische EAR).

II. Es handelt sich hier um die Producte zweier durch einen Zeitraum von 15 Jahren getrennter Krankheitsprozesse. Die erste Erkrankung trat — in Folge Erkältung — plötzlich ein mit schnell zunehmenden Lähmungserscheinungen an Ober- und Unterextremitäten, denen Atrophie folgte und die mit Druckempfindlichkeit der Musculatur verbunden waren. Dieses Leiden — ob es Poliomyelitis ant. oder multiple Neuritis war, lässt Verf. unentschieden — liess Residuen atrophischer Lähmung an den Oberextremitäten dauernd zurück. Die zweite Affection schloss sich an eine Ueberanstrengung an und bestand in allmählich zunehmender, trotz des langen Bestandes aber nicht bis zur Paralyse sich steigernder, motorischer Schwäche und nachfolgender Atrophie besonders der Lenden- und Gesässmusculatur mit partieller EAR, bei intacter Sensibilität, Mangel fibrillärer Zuckungen und erhöhter Druckempfindlichkeit in den afficirten Muskeln. — Der Symptomencomplex nähert sich durch das Hinzutreten anderer Erscheinungen motorischer Schwäche — Neigung des Kopfes zum Vornübersinken — der progressiven Muskelatrophie; doch ist bei letzterer im Gegensatz zur Mittelform der Poliomyelitis ant. die Schwäche parallel der Atrophie und von dieser erst abhängig, während sie hier das Primäre war.

Tuczek.

---

12) Des paralysies chez les choréiques par G. Ollive. Thèse de Paris 1883. (Arch. de Neurol. 1884. Mars.)

Paralyse bei Chorea kann im Anfang, im Verlauf oder gegen Ende derselben erscheinen. Tritt sie im Beginn auf, so kann sie während des ganzen Verlaufs bestehen bleiben (chorée molle West). Den psychischen Störungen, den gewöhnlichen Prodromen der Chorea, sieht man eine Schwäche des Muskelsystems folgen, es entwickelt sich dann nach und nach eine schlaffe Lähmung, die mit leichten choreiformen Bewegungen verbunden ist. Häufiger sind die Lähmungen, die im Verlauf und gegen das Ende der Chorea eintreten, hemiplegischer, paraplegischer, oft monoplegischer Natur, vorzugsweise in den Muskeln, die besonders von den Convulsionen betroffen werden. Die Prognose ist gut. O. empfiehlt Arsenik und Tonica. M.

---

13) On enteric paraplegia by Bartholow. (Boston med. and surgical Journal. 1883. Dec. 13.)

B. berichtet über 3 Fälle von hartnäckiger Enteritis begleitet von Erscheinungen motorischer und sensibler Paraplegie, die nach dem Aufhören der Darmaffection verschwanden; er erklärt die Paraplegie in diesen Fällen als Reflexlähmung, bedingt durch functionelle Störung des Darmes, andere Fälle erklärt er als bedingt durch eine von den Nervenendigungen im Darme aufsteigenden Neuritis; zur Erklärung der ersteren Form nimmt er einen vasomotorischen Mechanismus an; für die reflectorische Form spricht plötzlicher Beginn und rasche Entwickelung zu voller Höhe, paralleler

Gang mit der Grundkrankheit, günstiger Ausgang. Zur ätiologischen Differencirung der beiden Formen zieht er heran die Schwere der peripheren Affection und Disposition zu degenerativen Vorgängen im Nervensystem. (Nach The Journ. of nerv. and ment. disease.) A. Pick.

Psychiatrie.

14) **Sur le développement des hallucinations** par Dr. A. de Jong, Amsterdam. (Bulletin de la Société de Médec. mentale de Belgique. 1883. Fasc. 2.)

Verf. wendet sich gegen die Theorie Stricker's, der annimmt, dass bei Hallucinationen der centrale erregende Reiz bis zu den peripheren Enden der Sinnesnerven verläuft und eben hierdurch scheinbar objective Sinnererregungen zur Folge hat.

De J. behauptet, dass dieser Verlauf des Reizes bis in die peripheren Enden nicht nöthig sei, denn er habe zwei seit 15 Jahren Blinde gekannt, welche Gesichtshallucinationen hatten, und deren Optici doch gewiss atrophisch gewesen seien (überzeugt habe er sich hiervon allerdings nicht).

Verf. meint, dass man bei den Hallucinationen (und ganz ebenso bei den Illusionen) centrale Erregungen annehmen müsse, welche bis zu den subcorticalen Centren der betreffenden Sinnesorgane verlaufen. Hadlich.

15) **Des hallucinations bilatérales de caractère différent suivant le côté affecté** par Magnan. (Arch. de Neurol. 1883. No. 18. Vol. VI.)

M. versucht in das interessante, aber leider noch vielfach dunkle Gebiet der Hallucinationen tiefer einzudringen, indem er die durch die bilateral verschiedenen Sinnestäuschungen erzeugten Streiflichter benutzt. Die Beobachtung ergiebt bekanntlich, dass es einseitige Hallucinationen giebt; in gewissen Fällen kommt es vor, dass gleichzeitige Täuschungen der Sinne auf beiden Seiten, aber von verschiedenem Charakter und Inhalt, auftreten. Der Kranke hört z. B. mit dem rechten Ohr Angenehmes, auf der linken Seite Schimpfworte. — Von den 4 angeführten Beobachtungen betrifft die erste einen geisteskranken Epileptiker, die 3 anderen Alcoholiker. Beim Alcohol könnte man nach M. annehmen, dass, so lange die volle Wirkung des Giftes auf das ganze Gehirn noch besteht, die Hallucinationen beiderseits gleich sind, dass aber beim Abklingen der toxischen Wirkung sich diese localisirt und so einseitig veränderte Erscheinungen hervorbringt.

Auch bei der „grande hystérie" hat man bilateral verschiedene Sinnestäuschungen, sie lassen sich (nach Charcot) in der Hypnose sogar beliebig provociren. Alles dies deutet M. ebenfalls im Sinne der Unabhängigkeit und der Theilbarkeit der Functionen der Hirnhälften. Sind mit den einseitigen Hallucinationen noch andere halbseitige Symptome verbunden (Aphasie, Hemiplegie etc.), so stützt dies die Hypothese. Sie weist dann mit grosser Bestimmtheit auf die Gehirnrinde als Sitz der Hallucinationen hin.

(M. behandelte dieses Thema auf dem Congress zu Rouen.) Siemens.

16) **De l'hallucination** par Hallopeau. (L'Encéphale. 1884. No. 2. p. 151.)

Der kurze Artikel soll auf ein unter der Presse befindliches Werk des Verf. (Traité élément. de pathol. générale, Paris, Baillière) aufmerksam machen. Ueber die im Anfang gegebene Definition der Hallucinationen lässt sich streiten. — Sie können auftreten bei geistig Gesunden, welche sie als solche erkennen, ihr physiologisches Analogon ist der Traum, in der Zeit zwischen Schlaf und Wachen fällt

seine Entstehung. Klinisch unterscheidet H. mit Baillarger psycho-sensorielle und psychische Hallucinationen. Letztere sind die „inneren Stimmen", ohne den deutlichen Charakter der Sinnesempfindung, welche die an Gehörshallucinationen leidenden Kranken streng von diesen unterscheiden.

Bei der physiologischen Betrachtung der Hallucinationen werden die bekannten verschiedenen Theorien kurz erörtert. Schliesslich kommt H. wieder auf die Analogie mit den Träumen zurück, sowie auf die ähnlichen Zustände bei toxischen und fieberhaften Delirien. Das Bindeglied ist bei allen das nicht ganz aufgehobene, aber doch verdunkelte Bewusstsein. (Lasègue mit seiner bekannten Arbeit: „Le délire alcoolique est un rêve" ist nicht erwähnt.) Siemens.

---

17) **La paranoia e le sue forme** dei dott. G. Amadei e S. Tonnini. (Arch. ital. per le mal. nervos. 1883. XX. p. 409—461 und 1884. XXI. 3—92.)

Diese interessante und sehr ausführliche Arbeit ist in diesem Centralblatt bereits in der ersten Nummer des laufenden Jahrganges (S. 18) angekündigt; durch einen Setzfehler ist übrigens dabei der Name des einen Verfassers, Amadei, ausgefallen und er sei hiermit corrigirt.

Die Arbeit selbst enthält zunächst eine klare Darstellung der Ansichten über das Wesen der sog. Verrücktheit, wie sie besonders in der deutschen Psychiatrie durch Westphal, Schüle, v. Krafft-Ebing und Mendel in neuester Zeit niedergelegt sind. Die Verff. selbst trennen mit grosser Entschiedenheit die Krankheitsfälle, die auf einer angeborenen abnormen Hirnorganisation beruhen („paranoia degenerativa"), von denen, die wie die primären Psychosen Melancholie und Manie, auf Grund einer erst später ausgebrochenen Hirnerkrankung entstanden sind („paranoia psiconeurotica"). In der ersten Gruppe trennen sie je nach der Zeit, die bis zum evidenten Ausbruch der Geistesstörung verläuft, eine originäre und eine tardive Form; in der zweiten Gruppe wird natürlich eine selbstständige, primäre Erkrankung von einer secundären unterschieden, die nur den Folgezustand einer nicht geheilten primären Tobsucht oder Melancholie darstellt. Die primäre „psychoneurotische" Form kommt am häufigsten zur Beobachtung; sie entspricht ziemlich genau dem deutschen Begriffe „primäre Verrücktheit". Im Gegensatz zu den Befunden bei der degenerativen Form fehlen diesen Patienten gewöhnlich die somatischen Degenerationszeichen; hereditäre Belastung ist nicht häufiger als bei primärer Melancholie oder Manie nachweisbar und dafür ist meistens eine bestimmte Gelegenheitsursache für den Ausbruch der Erkrankung zu eruiren. Der Ausgang derselben ist entweder Heilung oder, was häufiger vorkommt, secundärer Schwachsinn, der schneller und besonders auch intensiver als bei der Degenerationsverrücktheit eintritt. Bei der letzteren sind übrigens die somatischen Kennzeichen der hereditären Entartung ebenfalls nicht so deutlich, wie bei anderen hereditären Psychopathien. Die Schädelabnormitäten sind beispielsweise weniger „massig" und auffallend; Windungsanomalien sind hingegen recht häufig bei der Section zu erwarten.

Die Häufigkeit der „Verrücktheit" wird sehr verschieden geschätzt; für italienische Anstalten wird etwa $^1/_{10}$ der Insassen diesem diagnostischem Begriffe subsumirt werden müssen. Bei Frauen kommt sie entschieden häufiger als bei Männern zur Beobachtung.

Das klinische Bild der Paranoia ist natürlich sehr wechselnd; das Auftreten von Hallucinationen und die specifische Färbung der Wahnvorstellungen bedingen die weitere Eintheilung, zu der die Verf. gelangt sind. Für ihre Auffassung der Krankheitsbilder ist das folgende Schema bezeichnend. Sie unterscheiden also:

I. Paranoia degenerativa.
  A. Originaria.
    a. simplex mit den Unterarten der P. persecutoria, superba, religiosa und erotica.

b. hallucinatoria mit den Unterarten P. persecutoria, superba, religiosa, erotica und hypochondriaca.

B. Tardiva.

a. simplex wieder mit den Unterarten der P. persecutoria, superba, religiosa, erotica und mit dem Querulantenwahnsinn.

b. hallucinatoria mit den obigen Unterarten und mit einer hypochondrischen Form.

II. Paranoia psychoneurotica.

A. Primaria.

α. acuta (heilbare Formen).

a. simplex
b. hallucinatoria } beide mit den obigen Unterarten.

β. chronica (unheilbare Formen) mit derselben Eintheilung in einfache und hallucinatorische Erkrankungen und mit denselben Unterarten des Deliriums; nur zur hallucinatorischen Form tritt noch die Unterart P. hypochondrica hinzu.

B. Secundaria.

a. post melancholica.

b. post maniatica.

Nach diesem Schema lassen sich die klinischen Bilder annähernd construiren; die Einzelheiten müssen natürlich im Original nachgelesen werden.

9 interessante Krankengeschichten schliessen sich der lesenswerthen Arbeit an.

Sommer.

Therapie.

18) **Des effets de l'ergotine dans les troubles congestifs de la paralysie générale** par Girma. (L'Encéphale. 1884. No. 2. p. 160.)

Gegen die Congestion bei der progressiven Paralyse wird das methodisch angewendete Ergotin wieder gerühmt. Es soll die Circulation verlangsamen, den Puls reguliren und ihm seine Völle und Härte nehmen. Ausserdem soll es direct das erweiterte Capillarnetz zur Contraction anregen, insbesondere im Gehirn und Rückenmark. G.'s Fälle von Paralyse, bei welchen das Ergotin (in Dosen von 0,5 bis 6,0 pro die) längere Zeit angewendet wurde, zeigten angeblich alle diese günstigen Wirkungen; geheilt wurde zwar nur einer, und von dem ist es wahrscheinlich, dass es eine alcoholische Pseudoparalyse war. Die andern aber zeigten nach G. ein deutliches Nachlassen der Congestion, eine Regelung der digestiven Functionen, insbesondere Hebung der Obstipation. Auch die epileptischen und apoplectiformen Anfälle sollen ausbleiben.

Als Nebenerscheinungen wurde beobachtet bei einem Patienten Sensibilitätsstörungen und stossweise Muskelzuckungen, auch eine unüberwindliche Neigung zum Kratzen (vielleicht auf Kriebeln zurückzuführen?); bei einem andern ein zwingender Trieb zum Lachen („active hilariante de l'ergotine"), vielleicht durch komische Gesichtsbilder geweckt. Bei einer paralytischen Frau wurde das Aufhören der Menstruation auf die Schuld des Ergotins geschoben, doch kommt dies ja bei Paralyse der Frauen sehr häufig vor.

Die Anwendung des Ergotins müsste im Anfang der Paralyse geschehen, wenn die Störungen des Centralorgans noch nicht organisch und stationär, sondern nur erst functioneller Art sind. Aber auch in späterer Periode soll das Ergotin noch bedeutende sedative Wirkungen haben.

(Wenn Verf. meint, dass die Ergotinbehandlung wenig bekannt zu sein scheine, da er sie in den Lehrbüchern nicht finde, so gilt dies für die deutsche Literatur

nicht. Zum Beispiel in Schüle's Handbuch ist die methodische Ergotinbehandlung, besonders bei der initialen Congestion, wohl erwähnt, desgleichen in anderen Arbeiten. Ref.) Siemens.

---

19) **Clinical Lecture on the treatment of partial Epilepsy by encircling blisters with Transfer of the aura** by Thomas Buzzard. (Lancet. 1884. I. p. 373.)

Verf. hat in einem Falle von partieller Epilepsie ringförmige Blasenpflaster um das Bein, in dem die Aura gefühlt wurde, gelegt, und damit Seltnerwerden der Anfälle erzielt. (Cf. die Mittheilungen von Hirt in d. Ctrlbl. 1884. Nr. 1. Ref. hat in 3 Fällen von Jackson'scher Epilepsie diese Methode ohne jeden Erfolg ausgeführt.) M.

III. Aus den Gesellschaften.

Aus dem Congress für innere Medicin in Berlin.

Rosenthal, Erlangen: **Ueber Reflexe.** Den Ausgangspunkt der Untersuchung bildete die 1854 von Helmholtz gefundene Thatsache, dass die Zeit zwischen Reizung und Auftreten des Reflexes 12—15mal grösser sei, als die Zeit, die zur Fortleitung im peripheren Nerven von gleicher Länge nöthig sein würde. Helmholtz hat die Fortpflanzungsgeschwindigkeit auf 27 m in der Secunde berechnet; allein es ist durchaus nicht bewiesen, dass die Fortpflanzungsgeschwindigkeit eine constante ist, vielmehr sprechen manche Thatsachen dafür, dass dieselbe fortwährend abnimmt, in längeren Nerven somit geringer ist. Und selbst nach dieser Correctur weist der Reflexvorgang eine auffallende Verzögerung im Rückenmark auf, sodass in diesem ein grösseres Hinderniss vorhanden sein muss, als in den peripheren Bahnen.

Es fand sich nun, dass die Zeit vom Moment der Reizung bis zur reflectorischen Muskelzuckung wechselt, je nach der Stärke und dem Ort der Reizung. Während ein Reiz, der einen motorischen Nerven trifft, bei einer gewissen Intensität, eine minimale Zuckung auslöst, die bei wechselndem Reiz ebenfalls an Stärke zunimmt, bringt wechselnde Reizung eines sensiblen Nerven nicht stärkere reflectorische Muskelzuckung, sondern Abnahme der Reflexzeit hervor; ja, bei ausserordentlicher Zunahme des Reizes wird diese Reflexzeit so klein, dass von dem Helmholtz'schen Phänomen nichts mehr übrig bleibt. Da er nun aber die Fortpflanzungsgeschwindigkeit in den peripheren Bahnen von der Reizstärke unabhängig gefunden hat, so kann die Verzögerung nur im Rückenmark ihren Sitz haben.

Wird ein Frosch, um dessen willkürliche Bewegung auszuschalten, nach Exstirpation seines Grosshirns aufgehängt und an der Pfote gereizt, so hebt er das Bein, es tritt ein Beugereflex auf; ein strychnin-vergifteter Frosch zeigt so gereizt eine Contractur aller Muskeln und, da die Extensoren überwiegen, einen Streckreflex. Bei sehr kleinen Strychnindosen (1 cmgr bis 1 dcmgr) ist das Strychnin zwar nicht im Stande diesen hervorzurufen, immerhin aber tritt dessen Einfluss in dem sicheren und prompten Auftreten der Reflexe hervor; und so kann man von den kleinsten Dosen ansteigend eruiren, welche Wege zuerst bei dem Uebergang vom Reflex einzelner Muskeln bis zu dem der gesammten Musculatur zuerst eingeschlagen werden. Schon Pflüger ist dabei zu dem Resultat gekommen, dass bei langsam verstärkter Reizung der rechten Pfote eines strychninisirten Frosches der Reflex successive zuerst auf die Beuger des rechten Beines, die Beuger des rechten Vorderarms, die Beuger des linken Vorderarms, die Beuger des linken Beines übergeht; um Streckreflex zu erzielen, sind bei weitem stärkere Reize nothwendig. Es existiren sonach Unterschiede in der Abstufung der Reflexe, die auf eine anatomische Grundlage auf die engere und nähere Verbindung der sensiblen und motorischen Fasern mit den vermittelnden Zellen und Netzen zurückzuführen sein dürfte.

Sind die Theile des Rückenmarks gleichwerthig, so sollte man annehmen, dass die Reflexübertragung im Rückenmark im Niveau der leitenden Fasern vor sich geht. Zu seinem Erstaunen fand er jedoch, dass ein Längsschnitt in der Mittellinie des Rückenmarks, der diesen Theil halbirte, auf die Reflexzeit keinen Einfluss hatte, der Reflex somit gleich gut auf Umwegen sich überträgt, dass aber ein Schnitt im oberen Theil den Reflex aufhebt und ein weit stärkerer als der eben ausreichende Reiz erforderlich ist, um ihn hervorzurufen. Die wichtigste Stelle für die Uebertragung der Reflexe liegt somit im oberen Theil des Halsmarks und im unteren der Medulla oblongata. Damit conform ist auch die alte Beobachtung, dass die vom Halsmark innervirten Muskeln zuerst in Tetanus gerathen.

Jetzt erklären sich auch mit Leichtigkeit die vorher gefundenen Thatsachen. Der eben ausreichende Reiz wird erst nach oben und von da weiter geleitet, sodass ein von unten geführter Schnitt ohne Einfluss bleibt; ein oben geführter Schnitt den Reflex aufhebt, bei stärkeren Reizen hingegen findet eine Uebertragung in dem schwerer reflectorisch erregbaren unteren Theil des Rückenmarks statt, der somit als Uebertragungsort nicht verletzt wird, wenn auch der obere Theil durch den Schnitt undurchgängig geworden ist.

Legt man im Rückenmark Querschnitte an, so kann der Reiz bei genügender Stärke sich auch in beliebigen Windungen seinen Weg bahnen; je mehr Schnitte vorhanden sind, desto stärker muss der Reiz sein, um noch Reflexe hervorzurufen.

Für die pathologisch auftretenden Reflexe hat sich eine Verwerthung dieser Thatsachen noch nicht finden lassen, da dieselben eher mit den allgemeinen Reflexen, die bei Strychninvergiftung auftreten, Aehnlichkeit haben. Die normalen Reflexe aber gehen unmerkbar in die willkürlichen Bewegungen über; auch diese schlagen gewisse Bahnen lieber ein, als andere, so dass auf einen bestimmten Reiz eine bestimmte Bewegung ausgeführt wird. Am Neugeborenen, dessen Bewegungen, obwohl schon studiert, doch noch ein weites und fruchtbares Feld für dahin gehende Untersuchungen darbieten, dürfte ein sensibler Reiz einen Reflex auslösen, der bei häufiger Wiederholung den Charakter der willkürlichen Bewegung annimmt. Dass ein derartiges „Ausschleifen der Reflexbahnen" stattfindet, ergiebt sich auch daraus, dass bei häufiger Wiederholung schon schwächere Reize denselben Reflex auslösen; wie dieses Ausschleifen jedoch zu denken ist, lässt sich allerdings nicht erkennen. — Für die Sehnenreflexe geben die von R. gefundenen Thatsachen vielleicht einen Anhaltspunkt, wenn man annimmt, die sensible sowohl wie die motorische Bahn liegen im Centralorgan an nahe benachbarten Stellen.

Discussion:

Remak, Berlin, glaubt ein Analogon für die Reflexverlangsamung bei Abnahme der Reizstärke in der Abnahme der Sensibilität bei Erkrankungen des Nervensystems besonders bei Tabes zu finden.

Weber, Halle, erwähnt eines Falles von Epilepsie, wo durch schwachen Druck auf eine Narbe am Finger ein allmählich auftretender Anfall entstand, der jedoch plötzlich und schnell eintrat, wenn die Narbe stark gedrückt wurde. Auch dies beweise, dass bei stärkerem Reiz die Reflexzeit geringer sei.

Goltz, Strassburg, macht gegenüber Rosenthal's Ausführungen geltend, dass die Reflexhemmung dem Einfluss der Rückenmarksverletzung zuzuschreiben sein dürfte. So habe er auch bei Hunden nach einer partiellen Durchschneidung des Rückenmarks auch bei stärksten Reizen keine Reflexbewegung auslösen können, während einige Wochen nach Heilung der Wunde die reflectorische Thätigkeit auch der Blase und des Afters wieder hergestellt war. Dass der Reflexvorgang auch Schlangenwindungen einschlage, habe er ebenfalls bei Hunden bestätigen können, ja er habe sogar gefunden, dass rein willkürliche Bewegungen so fortgeleitet wurden. Der Hund, dem auf einer Seite das Rückenmark durchschnitten war, lernte nach der Heilung wieder gehen,

stehen und laufen, derselbe wiederholte sich bei einer zweiten gleichartigen Verletzung, während beim dritten Male zwar die Lähmung sich zurückbildete, eine Sensibilitätsstörung für immer zurückblieb. Die Erregung benutzte somit die stehen gebliebenen unverletzten Brücken, um zur Peripherie zu gelangen.

Rosenthal, Erlangen, bemerkt Herrn Remak, dass es sich bei pathologischen Veränderungen des Rückenmarks um weit längere Zeiträume der Verlangsamung — (2—4 Secunden) — handele, während bei seinen Versuchen Zehntel Secunden in Frage kommen. Gegenüber dem Einwande von Goltz entgegnet er, dass er an eine solche hemmende Einwirkung der Verletzung wohl gedacht und deshalb erst längere Zeit nach der Verletzung die Versuche angestellt habe. Dann aber hätte auch bei stärkeren Reizen nach der Schnittführung eine Verlangsamung sich einstellen müssen. Endlich hat auch Gad nachgewiesen, dass bei der Einwirkung des Strychnins auf das blossgelegte Halsmark eine Steigerung der Reflexe hervorgerufen werde.

(Fortsetzung folgt.)

IV. Personalien.

1) Dr. Stühlinger, bisher Assistenzarzt an der Anstalt zu Marburg, als I. Hülfsarzt an die psychiatrische Klinik nach Heidelberg.

2) Dr. Eckelmann, bisher Assistenzarzt in N.-Eberswalde, die durch ersteren vacante Assistenzarztstelle in Marburg.

V. Vermischtes.

Sehr geehrter Herr Redacteur!

Nach den letzten Auslassungen des Herrn Rosenbach in Nr. 8 d. Bl., die Vacuolenbildung betreffend, verzichte auch ich gern darauf eine Discussion fortzusetzen, die anscheinend zu Nichts führen würde.

Die Art und Weise, wie Herr Rosenbach im letzten Satze seines Briefes eine Behauptung von mir aus dem Zusammenhang gerissen wiedergiebt, lässt überhaupt eine wissenschaftliche, sachliche Discussion unmöglich erscheinen.

Gegenüber der Unfehlbarkeit des Herrn Rosenbach tröstet mich das Bewusstsein mit meiner Auffassungsweise über die Vacuolenbildung durchaus nicht allein zu stehen, dieselbe vielmehr, wie aus erhaltenen Zuschriften hervorgeht, von anerkannt maassgebender Seite getheilt zu wissen.

Hochachtungsvoll

Ihr sehr ergebener

Braunschweig, d. 25. April 1884.

Dr. Richard Schulz,

Vorstand der medic. Abtheilung des herzogl. Krankenhauses.

In der Sitzung der Académie des sciences vom 5. Mai erhielten Preise:

Den Preis Chaussier: Legrand du Saulle für 4 Werke aus dem Gebiete der forensischen Psychiatrie.

Den Preis Lallemant: Ball (Leçons sur les maladies mentales) und Voisin (Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses) je zur Hälfte.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 1. Juni. No. 11.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** Ueber das Verhältniss der multiplen Neuritis zur Poliomyelitis von **Strümpell.**

II. Referate. Experimentelle Physiologie. 1. Influence du Ramus lingualis Trigemini sur la formation de la lymphe dans la langue, par **Marcacci.** 2. La Fisiologia del sonno, per il **Bordoni-Uffreduzzi.** 3. On the Centre of Epileptic Attacks by **Balogh.** — Pathologische Anatomie. 4. Case of exophthalmic goitre with mania by **Johnstone.** — Pathologie des Nervensystems. 5. Sur quelques symptômes qui peuvent se montrer chez les hémiplégiques du côté opposé à l'hémiplégie par **Dignat.** 6. Note sur un cas de la protubérance par **Hallopeau** et **Giraudeau.** 7. Sur la réaction électrique des nerfs sensitifs de la peau chez les ataxiques par **Mendelssohn.** 8. A case of Charcot's joint-disease by **Raven.** 9. Ueber Thermoneurosen von **Scherschewsky.** 10. Distribution of Anaesthesia in cases of disease of the bronches and of the roots of the brachial plexus by **Ross.** 11. Cas insolite de névrose convulsive par **du Saulle.** 12. Paralysis glosso-labio-pharyngea cerebralis von **Berger.** — Psychiatrie. 13. Ueber Geistesstörungen nach Augenoperationen von **Schnabel.** 14. Des vertiges chez les aliénés par **Millet.** 15. Une famille de névropathes par **Chambard.** 16. Crise d'hystérie chez un homme atteint de paralysie générale par **Camuset.** 17. Frenosi alcoolica e frenosi paralitica pel **Frigerio.** — Therapie. 18. Galvanic batteries in medicine with description of a nerv selector by **Rudisch** and **Jakoby.** 19. Nachweis einer Nadel von **Kocher.** 20. Ein Fall von Neuralgie etc. von **Moos.** 21. The opium psychoneurosis; chronic meconism or papaverism, by **Hughes.** 22. Einige Fälle von therapeuthischer Anwendung des Hypnotismus von **Wiebe.** 23. Two cases of stretching of facial nerve by **Gray.** — Forensische Psychiatrie. 24. Simulirte Amnesie von **Sommer.**

III. Aus den Gesellschaften. — **IV. Bibliographie.** — **V. Vermischtes.**

I. Originalmittheilungen.

Ueber das Verhältniss der multiplen Neuritis zur Poliomyelitis.

Von Prof. Dr. **Adolf Strümpell** in Leipzig.

Die vor Kurzem in diesem Blatte erfolgten Veröffentlichungen von ERB[1] und EISENLOHR[2] veranlassen mich zu den folgenden Bemerkungen, welche

[1] Bemerkungen über gewisse Formen der neurotischen Atrophie. Neurol. Centralblatt. 1883. Nr. 21.

[2] Ueber progressive atrophische Lähmungen, ihre centrale oder periphere Natur. Neurol. Centralblatt. 1884. Nr. 7 u. 8.

vielleicht geeignet sind, zur Klärung der gegenwärtig lebhaft geführten Discussion über die Poliomyelitis und die multiple Neuritis beizutragen.

Dass es primär entstandene atrophische Lähmungen giebt, bei welchen die mit den gegenwärtigen Hülfsmitteln angestellte anatomische Untersuchung des Nervensystems ausschliesslich in den peripheren Nerven Veränderungen nachweist, während das Rückenmark, speciell die grauen Vordersäulen desselben, sich vollständig oder fast vollständig normal verhalten, kann nicht bezweifelt werden. Die nächstliegende Deutung dieser anatomischen Thatsache ist jedenfalls die, dass es sich hierbei um ein durch irgendwelche Krankheitserreger in den peripheren Nerven (vielleicht sogar auch in den Muskeln) selbst entstandenes Leiden handelt. Erb warnt dagegen ausdrücklich vor einer derartigen allzuraschen Auffassung und stellt es als möglich, ja sogar als wahrscheinlich hin, dass auch in solchen Fällen eine primäre „rein functionelle, mikroskopisch nicht erkennbare Störung in den Centralorganen gleichwohl in den motorischen Nerven und Muskeln mikroskopisch erkennbare histologische Veränderungen herbeiführe." Hiernach wären also die in den Fällen von sogenannter primärer multipler Neuritis gefundenen degenerativen Veränderungen der Nerven doch secundärer Natur, bedingt, wie jede secundäre absteigende Degeneration, von einer bis jetzt zwar nicht nachweisbaren, aber doch vorhandenen Störung in den Vorderhörnern.

Zunächst scheint mir in Uebereinstimmung mit Eisenlohr für eine derartige Hypothese gar kein Bedürfniss vorzuliegen. Wären die anatomischen Befunde bei der multiplen Neuritis ausserhalb aller Analogie oder sogar im Gegensatz zu unseren sonstigen pathologischen Erfahrungen, so wäre sie gerechtfertigt. Nun kann ich aber a priori keinen principiellen Grund dagegen finden, dass nicht auch die peripheren Nerven ebensogut primär erkranken können, wie die Muskeln, wie manche Fasersysteme des Rückenmarks, kurz wie jedes beliebige andere Gewebe. Mehrere anatomische Befunde bei der Bleilähmung weisen ja ebenso, wie die Befunde bei der multiplen Neuritis, direct auf ein derartiges Vorkommen hin. Die obige Hypothese beseitigt also keine Schwierigkeiten der Auffassung, welche überhaupt nicht vorhanden sind, sondern schafft selbst erst welche, indem sie zu ihrer Begründung wiederum neuer Voraussetzungen bedarf, welche der Natur der Sache nach gar keines directen Beweises fähig sind. Würde man die Berechtigung der Hypothese anerkennen, so müsste man z. B. auch jede primäre Erkrankung der Pyramidenbahnen anzweifeln, da sie ja vielleicht doch nur eine secundäre Degeneration im Anschluss an eine „functionelle Erkrankung" der motorischen Hirnrinde sein könnte.

Die in Rede stehende Ansicht scheint mir aber auch mit den klinischen und anatomischen Thatsachen in Widerspruch zu stehen. Ein anatomischer Einwand liegt darin, dass bei der multiplen Neuritis die vorderen Rückenmarkswurzeln trotz stärkster Degeneration in den peripheren Nerven in fast allen Fällen vollständig normal gefunden sind. Wäre die Degeneration der Nerven eine secundäre, so bliebe dieses Intactsein der vorderen Wurzeln vollständig unerklärt. Erb muss daher die neue Hülfshypothese aufstellen, dass sich die

Verhältnisse der secundären Degeneration bei der von ihm angenommenen langsamen functionellen Abschwächung der Ganglienzellen wesentlich anders gestalten, als gewöhnlich. Ist es aber nach Allem, was wir sonst über die secundären Degenerationen wissen, wirklich wahrscheinlich, dass eine irgendwie beschaffene Veränderung der Vorderhornzellen, wie in dem von mir untersuchten Falle,[1] nach einer Krankheitsdauer von einem Jahr in den peripheren motorischen Nerven und in den Muskeln eine sehr intensive, in kleinen Endästen fast totale Degeneration hervorrufen könne, während die vorderen Wurzeln noch vollständig normal bleiben?

Ein zweiter wichtiger Einwand lässt sich dem Verhalten des klinischen Krankheitsbildes entnehmen. In fast allen Fällen von multipler Neuritis bestehen gerade vorzugsweise im Anfange der Krankheit Sensibilitätsstörungen, vor Allem lebhafte Schmerzen. Späterhin ist eine, wenn auch leichte, so doch sichere Anästhesie, sehr häufig beobachtet worden. Beide Symptome, Schmerzen und Abschwächung der Sensibilität, bestanden auch in meinem Falle, an welchen speciell Erb seine Bemerkungen angeknüpft hat. Wie soll man aber diese Sensibilitätsstörungen, namentlich die oft so heftigen initialen Schmerzen erklären, wenn die Nervenaffection eine secundäre absteigende, sich streng auf die motorischen Nervenfasern beschränkende Degeneration ist? Gerade diese Symptome weisen am bestimmtesten auf den primären Sitz der Affection in den Nerven hin.

Der dritte Einwand, der sich mir aufgedrängt hat, ist ein mehr theoretischer. Ich führe denselben vorzugsweise im Hinblick auf gewisse allgemein-pathologische Verhältnisse an, welche hier einmal kurz hervorzuheben vielleicht nicht ohne Bedeutung sein dürfte. Erb betont, dass man in den chronischen Fällen von multipler Neuritis in den Nerven und Muskeln nur eine einfache degenerative Atrophie, welche mit den Veränderungen bei der secundären Degeneration anatomisch vollständig übereinstimmt, dagegen keine „entzündlichen" Veränderungen gefunden hat und dass diese Fälle daher von den „echten multiplen Neuritiden mit deutlich entzündlichen Veränderungen principiell zu trennen sind." Nach den für mich maassgebenden allgemein-pathologischen Anschauungen kann ich eine derartige principielle Scheidung von „degenerativen" und „entzündlichen" Vorgängen nicht unbedingt zugeben. Dieselben Entzündungserreger wirken sowohl auf die parenchymatösen Gewebstheile, als auch auf die Gefässwandungen ein. Bei den „acuten" Entzündungen sind gewöhnlich beide Einwirkungen sehr intensiv vorhanden und man sieht daher neben der parenchymatösen Degeneration die Hyperämie der Gefässe, die reichliche entzündliche Exsudation, die Auswanderung zahlreicher weisser Blutzellen etc. Bei der „chronischen Entzündung" d. h. bei der langsamen, allmählichen Einwirkung der Entzündungserreger tritt dagegen fast immer die parenchymatöse Atrophie in den Vordergrund des anatomischen Prozesses, während die entzündlichen Veränderungen an den Gefässen zurücktreten und oft schwer von den Vorgängen der Regeneration, der secundären Bindegewebsentwickelung etc. zu trennen sind. An keinem Organ kann man diese Vorgänge so genau studiren, wie an den Nieren, wo man die ganze

[1] Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. XIV. S. 339.

continuirliche Reihe von der acuten hämorrhagischen Nephritis an bis zur chronischen genuinen Schrumpfniere im Einzelnen nachweisen kann.

Dieselbe Reihe von Verlaufsarten begegnet uns auch bei der multiplen Neuritis. Schon früher (a. a. O.) habe ich darauf hingewiesen, dass die multiple Neuritis in allen möglichen Formen auftreten kann, von den acut tödtlichen Fällen mit „echt entzündlichen" Veränderungen der Nerven an bis zu den chronischen Fällen mit einer fast rein degenerativen Atrophie der Nervenfasern. Gerade dieser Zusammenhang der Fälle scheint mir aber dafür zu sprechen, dass auch bei den chronischen Formen der primäre Sitz des Leidens in den peripheren Nerven selbst gelegen ist.

Eine thatsächliche Stütze für die Erb'sche Vermuthung findet Eisenlohr in der von ihm veröffentlichten Beobachtung. Hier ergab die anatomische Untersuchung starke degenerative Veränderungen in den peripheren Nerven und Muskeln, die vorderen Wurzeln normal, dagegen in den Vorderhornzellen des Hals- und Lendenmarks deutliche leichte pathologische Veränderungen. Eisenlohr fasst die letzteren als die primäre Erkrankung auf und hält die periphere Affection für „nichts anderes, denn eine secundäre trophische Störung." Ich erblicke dagegen in dem Befunde Eisenlohr's eine weitere erwünschte Bestätigung derjenigen Anschauung, welche zuerst von mir am Schlusse meiner Arbeit über multiple Neuritis und später noch wiederholt[1] ausgesprochen ist, dass nämlich eine principielle Scheidung der Veränderungen im Rückenmark (Poliomyelitis) und in den peripheren Nerven (multiple Neuritis) überhaupt gar nicht unter allen Umständen gerechtfertigt ist. Bei der Berücksichtigung des klinischen Verlaufs und aller Uebergänge des anatomischen Befundes drängt sich uns immer mehr und mehr die Vermuthung auf, dass die in Rede stehenden Affectionen unter einem einheitlichen ätiologischen Gesichtspunkte aufzufassen sind. Nehmen wir für die multiple Neuritis eine infectiöse Krankheitsursache an, wie dies schon jetzt fast allgemein geschieht, so unterliegt die Vermuthung nicht dem geringsten principiellen Bedenken, dass dieselben Krankheitserreger gleichzeitig und neben einander sowohl in den peripheren Nerven, als auch im Rückenmark anatomische Veränderungen hervorrufen können und dass andererseits die Krankheit sich vorwiegend oder sogar ausschliesslich bald in dem Rückenmark, bald in den peripheren Nerven localisirt. Eine gewisse Einheitlichkeit der Localisation ist doch darin gegeben, dass es sich stets vorherrschend um Abschnitte des motorischen Systems handelt. Hiernach würde sich Poliomyelitis und Neuritis wenigstens in vielen Fällen — denn selbstverständlich ist ja die Möglichkeit verschiedener Krankheitsgifte nicht ausgeschlossen — so zu einander verhalten, wie die Rachendiphtherie und der Kehlkopfcroup, welche man in ausschliesslicher Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse früher auch für zwei verschiedene Krankheiten hielt, während ihre ätiologische Identität jetzt allgemein anerkannt ist.

Ich verkenne keineswegs, dass auch ich der Erb'schen Hypothese vielfach ebenfalls hypothetische Anschauungen gegenübergestellt habe. Der Vorzug der

[1] Cf. „Ueber die Ursachen der Erkrankungen des Nervensystems." Deutsches Archiv für klinische Medicin. Bd. XXXV. H. I.

von mir vertretenen Ansicht scheint mir aber darin zu liegen, dass sie mit unseren allgemein-pathologischen Vorstellungen conform ist, dass sie mit den empirischen Thatsachen nicht in Widerspruch steht, sondern im Gegentheil das Verständniss derselben erleichtert und zum Theil überhaupt erst möglich macht, dass sie eine einheitliche Auffassung verschiedener sonst unvermittelter pathologischer Prozesse gewährt und hierdurch an innerer Wahrscheinlichkeit gewinnt und dass sie endlich der weiteren Forschung einen ganz bestimmten, hoffentlich nicht aussichtslosen Weg zeigt.

II. Referate.

Experimentelle Physiologie.

1) **Influence du Ramus lingualis Trigemini sur la formation de la lymphe dans la langue,** par Dr. Arturo Marcacci. (Arch. italiennes de Biologie. 1883. Tom. IV. Fasc. II.)

In Bestätigung und weiterer Ausbildung des Experimentes von Ostroumoff weist M. in exacter Weise nach, dass nach längere Zeit fortgesetzter elektrischer Reizung des Lingualis durch vermehrte Bildung von Lymphe eine erhebliche Vergrösserung der betreffenden Zungenhälfte eintritt, welche auch bestehen bleibt, wenn man das Versuchsthier durch Verbluten tödtet. Hadlich.

2) **La Fisiologia del sonno,** per il dott. G. Bordoni-Uffreduzzi. (Rivista di Filosofia scientif. 1884. III. 52 pag.)

Ausführliche Wiedergabe der zahlreichen Theorien über die Veränderungen, denen der Organismus und besonders das Hirn während des Schlafes ausgesetzt ist, und die Ursache des Schlafes überhaupt. Da die Arbeit indess eigentlich selbst nur ein Auszug aus der mit anerkennenswerthem Fleisse gesammelten Litteratur über jenen Gegenstand ist, so ist ein Referat an dieser Stelle nicht erforderlich.

Sommer.

3) **On the Centre of Epileptic Attacks** by Balogh. (Giorn. Inter. delle Sci. med. 1883. Fasc. 8 aus The London Medical Record.)

Durch Reizung der grauen Rindensubstanz erhielt B. Contractionen einzelner Muskelgruppen und auch allgemeine Convulsionen. Bei Reizung der grauen Substanz mit dem inducirten Strom wurde ein Anfall hervorgerufen, der kurze Zeit dauerte und dann langsam abnahm, während auf keine Weise allgemeine Convulsionen von der weissen Medullarsubstanz ausgelöst werden konnten, ebensowenig von dem Corpus striatum, Thalamus opticus, Corpora quadrigemina, Pons Varoli oder Medulla oblongata. Die Ursache der epileptischen Anfälle ist die Schwankung der grauen Substanz, welche B. für die schweren Attacken verantwortlich macht, während die leichten in Beziehung stehen zu den Corpora striata. Die Molecüle im Protoplasma der Nervenzellen der Hirnwindungen werden in ihrem Gleichgewicht gestört und bewirken einerseits Verlust des Bewusstseins, andererseits entstehen durch grössere Entfaltung freier Kraft die convulsivischen Paroxysmen. Andere epileptische Anfälle nehmen ihren Ursprung von der Peripherie des Nervensystems, und diese rief B. bei Kälbern und Kaninchen experimentell hervor. Rosenheim.

Pathologische Anatomie.

4) **Case of exophthalmic goitre with mania** by J. C. Johnstone. (Journ. of ment. science. 1884. Jan. p. 521.)

Der Fall ist insofern nicht rein, als im späteren zur Besserung neigenden Verlaufe die Erscheinungen einer Grosshirnrindenaffection auftraten. Die Section ergab rothe Erweichung. Erwähnenswerth aus der mikroskopischen Untersuchung ist noch, dass die oberen Cervicalganglien neben zahlreichen normalen Zellen eine grössere Zahl mehr oder weniger pigmentirt und atrophisch und leichte Vermehrung der Glia zeigten. A. Pick.

Pathologie des Nervensystems.

5) **Sur quelques symptômes qui peuvent se montrer chez les hémiplégiques du côté opposé à l'hémiplégie** par Dignat. (Progr. méd. 1883. No. 39. 40. 41.)

Verf. verbreitet sich über diejenigen Störungen, welche bei einseitigen Hirnläsionen die Hemiplegie zur Folge haben, die „gesunde" Seite zeigt und liefert casuistische Beiträge zu den einzelnen Symptomen. Während an der Oberextremität der gesunden Seite ausser einer fast regelmässigen Abnahme der motorischen Kraft Störungen nicht beobachtet werden, stellen sich an der Unterextremität gelegentlich alle jene Zustände ein, die primär die gelähmte befielen. Am häufigsten ist auch hier Abnahme der motorischen Kraft; ferner kommt eine eigenthümliche Coordinationsstörung vor, die, ohne wesentliche Muskelschwäche, die Erhaltung des Gleichgewichts beim Stehen und Gehen erschwert oder unmöglich macht. — Rapides Auftreten eines doppelseitigen Decubitus bei Hemiplegischen, Verstärkung des Kniephänomens nicht nur auf der gelähmten, sondern auch auf der andern Seite, Auftreten des Fussphänomens auf der Seite der Hirnläsion (Westphal), nicht selten sehr bald nach dem Insult, Eintritt secundärer Contractur in beiden Beinen, sind weitere hierhergehörige Erscheinungen, zu deren Erklärung Verf. die Varietäten im Verlauf der Pyramidenbahnen heranzieht. Tuczek.

---

6) **Note sur un cas de compression de la protubérance** par Hallopeau et Giraudeau. (Union méd. 1883. No. 175 nach Ctrlbl. f. klin. Med. 1884. Nr. 19.)

40 Jahr alter Mann mit Paralyse aller 4 Extremitäten, links stärker; kurz vor dem Tode im Coma spastische Erscheinungen im Orbic. und Front. dext.; zeitweise Déviation conjuguée nach rechts.

Section: Aneurysma des Trunc. basilaris, das den Pons in seiner Mitte auf der rechten Seite comprimirte.

Richtete man den Kranken im Bette auf, so sank der Kopf nach vorn und in diesem Augenblick hörte die bisher dahin geräuschvolle, aber regelmässige Athmung auf; einige Minuten später begann der Puls langsamer zu werden, wurde der Kopf zurückgebogen, so traten sofort die früheren Verhältnisse wieder ein, der Stillstand der Athmung erfolgte jedes Mal in forcirter Exspirationsstellung; er wird auf die bei Neigung des Kopfes stärkere Compression des Bulbus und indirect des Vaguskerns zurückgeführt. M.

---

7) **Sur la réaction électrique des nerfs sensitifs de la peau chez les ataxiques** par M. Mendelssohn, Paris. (Acad. des sciences. Sep.-Abdr.)

M. hat zunächst zu bestätigen, dass, wie schon andere Forscher constatirt haben, bei gesunden Menschen das Gesetz der Stärke der elektrischen Empfindung (E) ganz analog dem Zuckungsgesetze ist, d. h. also, dass KaSE > AnSE; AnSE < AnOE und KaOE; AnOE = KaOE.

M. hat sodann 32 Tabiker, alle in vorgeschrittenen Stadien, untersucht. Bei 21 dieser Tabiker zeigten sich erhebliche Sensibilitätsstörungen, und bei 9 von ihnen fand M., dass AnSE < KaSE war. Bei 2 von diesen 9 trat auch bei stärksten Strömen weder bei AnO noch bei KaO eine Empfindung auf, und 3 von denselben empfanden überhaupt nur AnS. — Stärkere Ströme waren in allen Fällen nöthig.

Auch die Qualität der Empfindung war bei diesen Kranken mit überwiegender AnSE abnorm. So verursachte z. B. bei einem Kranken AnS das Gefühl von Brennen, KaS dagegen Stechen; und verschiedene Störungen, wie Verlangsamung der Empfindung, abnorm lange Dauer derselben etc. war deutlicher und auffallender bei AnS als bei KaS.

M. stellt diese Befunde der Erb'schen Entartungsreaction an die Seite und hofft, dass man noch nähere Beziehungen zwischen ihnen und den Alterationen sensibler Nerven, wie sie neuerdings Westphal und Dejerine beschrieben haben, feststellen werde. Hadlich.

---

8) **A case of Charcot's joint-disease** by Th. F. Raven. (British med. Journ. 1884. 23. Febr. p. 351.)

Ein 50jähriger Seemann leidet seit 21 Jahren an Tabes. Er war nie luetisch und die ersten Symptome seines Leidens zeigten sich wenige Tage nach einer feuchten Durchkühlung des Rückens, die er sich in seinem Berufe zugezogen. Die Ataxie hat bereits die oberen Extremitäten ergriffen, die Sensibilität ist nur noch im Gesicht intact; beide Augen sind erblindet. Beide Kniegelenke, besonders aber das rechte, sind difformirt und abnorm beweglich, aber ohne Andeutung einer entzündlichen Schwellung oder Röthung. Jede Bewegung wird von einem rauhen Knarren begleitet, das wohl auf einen Defect der Gelenkknorpel zurückgeführt werden kann. Aehnliche Veränderungen sind in dem rechten Schulter- und in beiden Hüftgelenken anzunehmen. In den letzteren sind die Ligamente in Folge der Atrophie der Gelenkflächen so schlaff und schlotternd geworden, dass Pat. ohne Mühe die Fersen an den Hinterkopf legen kann. Der Beginn der Knochenerkrankung zeigte sich im 6. Jahre der Tabes: bei einer Rotation des Fusses brach spontan der Malleolus externus und seitdem traten auch die Functionsstörungen in den Gelenken ein.

Buzzard's Behauptung, in allen Fällen tabischer Gelenkaffection seien auch gastrische Krisen und Innervationsstörungen der Laryngealmuskeln zu beobachten, fand hier nur für den zweiten Punkt eine Bestätigung (cf. Brit. med. Journ. 5. März 1881). Erwähnenswerth dürfte auch die Thatsache sein, dass Pat. nach 17jähriger Dauer der Tabes noch ein gesundes Kind gezeugt hat. Sommer.

---

9) **Ueber Thermoneurosen** von Scherschewsky. (Virchow's Arch. Bd. 96. H. 1.)

S. beschreibt und analysirt genau 4 Krankheitsfälle, die bei manchen Verschiedenheiten im Einzelnen, mit ihren wesentlichen und allen gemeinsamen Symptomen zur Annahme einer Affection des vasomotorischen Centrums drängen, speciell — da das Krankheitsbild mit einer plötzlichen Temperatursteigerung beginnt, welche die Stärke und Dauer des ganzen Anfalls bedingt — zur Annahme einer thermischen Neurose des vasomotorischen Centrums. Die Fälle betreffen junge Mädchen von 8, 9, 12 und 24 Jahren, bei denen aber die ersten Anfälle zum Theil in die früheste Kindheit zurückreichen; in der Aetiologie figuriren Diphtherie, erbliche Belastung für

Neurosen, Nervosität, Chlorose. — Die in Rede stehenden Anfälle setzen mit einer plötzlichen Steigerung der Temperatur ein, für die sich ein Grund nicht auffinden lässt; die Temperatur erreicht schnell 40° und darüber, bleibt auf dieser Höhe, mit morgendlichen Remissionen mehrere Tage, um mit dem Ende des Anfalls unter die Norm zu sinken. Die Haut fühlt sich dabei kalt an, zuweilen wird Schüttelfrost beobachtet, die Herzaction ist beschleunigt. Nur bei der einen Kranken mit diphtheritischer Lähmung bleibt es bei einem Anfall; in den andern Fällen kehren über einen Zeitraum von mehreren Jahren verbreitet die Anfälle mehrmals im Jahre mit fast photographischer Treue wieder. Für die rein nervöse Natur derselben und für den centralen Sitz der Affection (im vasomotorischen Centrum) sprechen folgende Umstände: Die gewöhnlichen Antifebrilia haben auf die Temperatur gar keinen Einfluss, während Bromkali und Einathmung von Sauerstoff ein Sinken derselben zur Folge hat; der Anfall wird ganz gewöhnlich durch nervöse, speciell psychische Einflüsse ausgelöst; gleichzeitig mit der Temperaturerhöhung oder im unmittelbaren Gefolge derselben wird eine Reihe von nervösen oder anerkanntermaassen vasomotorischen Symptomen beobachtet: Schmerzhaftigkeit des 2. linken Intercostalraums (Neurose des Herznervengeflechts), Schmerzhaftigkeit des linken Armnervengeflechts, Labilität und Veränderlichkeit der Pupillen, gesteigerte Muskel- und Sehnenreflexe; Herzklopfen und Arhythmie des Herzens bei psychischen Einflüssen, Magen- und Darmneurosen, Salivation, Schweisse, nervöser Husten. — Die sehr sorgfältige Entwickelung der Differentialdiagnose für die einzelnen Fälle ist im Original einzusehen; die Statuirung rein nervöser Ursachen für plötzliche Temperaturerhöhung ist für die Beurtheilung auffallender Temperaturverhältnisse bei Geisteskranken jedenfalls von Werth.

Tuczek.

---

10) **Distribution of Anaesthesia in cases of disease of the branches and of the roots of the brachial plexus** by James Ross. (Brain. 1884. April p. 51—76.)

Diese wesentlich compilatorische Arbeit giebt unter Zurückweisung der in den englischen Handbüchern der Anatomie noch gangbaren ungenauen Angaben über die Hautinnervationsverhältnisse der Finger von Seiten der verschiedenen Armnerven, unter Hinweis auf die bessere Darstellung von Krause und Henle eine Reproduction der einschlägigen Angaben und schraffirten Abbildungen über die Verbreitung der Anästhesie bei den Läsionen der einzelnen Nerven nach Létiévant, W. Mitchell und M. Bernhardt, welche Verf. in einem Falle von Durchschneidung des Medianus und Ulnaris über dem Handgelenk bestätigen konnte. Für den Radialis weist er durch die Vergleichung der Angaben der genannten Autoren nach, dass der Bezirk der Sensibilitätsstörung der Ausdehnung nach verschieden sein kann. Die Arbeiten Arloing und Tripier werden ebenfalls berücksichtigt.

Zur Bestimmung der Ausdehnung und Localisation der Anästhesie bei Verletzung der Wurzeln des Plexus brachialis verwendet Verf. einige Fälle eigener Beobachtung ohne Obductionsbefund, von denen der eine als Pachymeningitis cervicalis im Bereich der Verbindung der Cervical- und Dorsalregion gedeutet wird (charakteristische Klauenhand, spastische Paraplegie und Anästhesie der Unterextremitäten, ferner Anästhesie an der Innenseite des Oberarms und Vorderarms und des Ulnarrandes der Hand), ein anderer als halbseitige Hämatomyelie derselben Region, ein dritter traumatischer Fall als Zerreissung der Wurzeln des Plexus brachialis von der 4. Cervicalwurzel abwärts nach der Verbreitung der atrophischen Lähmung diagnosticirt werden konnte. Im letzteren Falle bestand, wie durch schraffirte Abbildungen ebenfalls erläutert wird, Anästhesie der Hand und des Vorderarms, welche an der Volarseite über den Ellenbogen hinauf reichte, während sie an der Dorsalseite unter demselben abschnitt.

Verf. zieht folgende allgemeine (nicht neue! Ref.) Resultate aus seiner Arbeit:

1) dass einer der Hautnerven des Brachialplexus vollständig getrennt sein kann, ohne dass complete Anästhesie irgendwo in seinem Verbreitungsbezirk veranlasst wird, und dass die gelegentlich auftretende complete Anästhesie immer verhältnissmässig beschränkt ist;
2) dass der Bezirk der Anästhesie sich im weiteren Verlauf einschränkt und besonders im Radialis verschieden gross sein kann;
3) dass die Ausdehnung der Sensibilitätsstörungen in anscheinend gleich schweren Fällen sehr verschieden sein kann;
4) dass die Beschreibungen von Krause und Henle über die Vertheilung der Digitalnerven den Resultaten der pathologischen Beobachtung gut entsprechen.

E. Remak.

---

11) **Cas insolite de névrose convulsive** par Legrand du Saulle. (Annales méd.-psychol. 1884. Janvier p. 132. Mittheilung aus einer Sitzung der Société médico-psychol.)

Es handelt sich um einen Krankheitsfall, welcher eine ganz ungewöhnliche Zahl von epileptoiden Anfällen (in 26 Tagen über 21000 Anfälle) zur Beobachtung brachte.

Eine 17jährige Kranke, bei welcher Erblichkeit unconstatirbar war (ausserehe-liche Geburt) und seit dem 13. Jahre unter convulsiven Attacken litt, wurde im Juni 1881 in die Salpetrière aufgenommen. Bis zum Januar 1883 wurde dort keine convulsive Attaque bemerkt, nur lebhaftes, reizbares Wesen und grosse Coquetterie. Am 22. Jan. 1883 Beginn einer Serie von Anfällen, deren innerhalb 20 Tagen von der ununterbrochenen Wartung 8000 gezählt wurden.

Die Convulsionen betrafen vorwiegend die rechte Seite, ohne Auftreten von Temperatursteigerung. Dauer des Anfalls 8—18 Secunden; kein Bewusstseinsverlust, höchstens Abschwächung desselben.

Nach Ablauf dieser Serie von Attacken trat relative Ruhe ein und wurden nur 80—100 Anfälle im Monat bemerkt. Verordnung von 7,5 Gramm Kal. bromat. pro die. Hysterische Reizpunkte waren nicht festzustellen.

Am 3. October 1883, nachdem die Anfälle 15 Tage lang ganz ausgeblieben, erneute Serie von klonischen Convulsionen der rechten Seite mit Starrheit der Musculatur und zwischendurch auftretendem Zucken. Undulirende Bewegungen der Bauchdecken, zuweilen ein leichter Schrei und Schaum vor dem Munde. Kopf nach rechts gedreht, Gesicht geröthet, die Bulbi divergirend und nach oben gerollt, Lider stehen offen wie der Mund. Rechter Arm ist adducirt und nach aussen gerollt, rechte Hand flectirt, die Faust geschlossen. Rechtes Bein extendirt, etwas nach aussen gedreht; Equinusstellung. Nicht immer Bewusstseinsverlust. Postepileptische Paralyse und Temperaturerhöhung fehlen. Im Verlauf dieser Serie wird auch die linke Seite ergriffen. Vorübergehend traten allgemeine Contorsionen und schreckhafte Hallucinationen auf. Der allgemeine Charakter der Anfälle blieb trotz Erhebung der Bromkaliumdosis auf 15, später 18—22 Gramm pro die unverändert. Vom 3.—28. October 1883 wurden 21700 Anfälle dieser Art gezählt; dann trat Nachlass ein. — Legrand wird über den weiteren Verlauf berichten.

Er hält die Anfälle für epileptoide. Von den gewöhnlichen hystero-epileptischen unterscheiden sie sich durch die formidable Zahl und die Maske der Jackson'schen Epilepsie.

Von der letztgenannten Form sind sie durch den Mangel der Temperaturerhebung und der postepileptischen Paralyse unterschieden.

Die an den Vortrag anschliessende interessante Discussion war im Ganzen der Ansicht Legrand's.

Jehn.

---

12) Paralysis glosso-labio-pharyngea cerebralis (Pseudobulbärparalyse) von Prof. O. Berger. (Bresl. ärztl. Ztschr. 1884. Nr. 3 u. f.)

Neben der bulbären Form der Paralysis labio-glosso-pharyngea hatte bereits 1872 Joffroy eine cerebrale Form unterschieden. Es sind bisher 9 solche Fälle veröffentlicht worden, denen B. ausser einem bereits in der Dissertation von Hahn veröffentlichten 3 neue, von denen nur einer der anatomischen Begründung entbehrt, mittheilt.

Im Vordergrund des klinischen Bildes dieser Fälle stehen, wie bei der Bulbärparalyse: Lähmung der Zunge, der Lippen und der Schlingmuskeln; der anatomische Befund zeigt aber die Kerne des Bulbus frei, dagegen kleine Erweichungsherde im Kopf des linken Streifenhügel und in der Marksubstanz des rechten oberen Scheitelläppchen (Fall 1, Hahn), doppelseitige Erweichung der Basalganglien (Fall 2), Herd im linken Stirnlappen, Erweichungsherd im rechten Linsenkern (Fall 3).

In Bezug auf die Unterscheidung der cerebralen Paralysis glosso-labio-pharyngea von der echten Duchenne'schen macht B. auf folgende Punkte aufmerksam:

1) Bei ersterer brüsker, apoplectiformer Eintritt der charakteristischen Symptome, keine Progression, bei letzterer allmählicher Beginn, successiver Verlauf nach bestimmten Typus.

2) Mehr oder weniger ausgeprägte Hemiplegie und anderweitige cerebrale Störungen sprechen für erstere.

3) Bei der cerebralen Lähmung selbst nach längster Dauer keine Atrophie, bei der bulbären regelmässig und frühzeitig. Eine Besichtigung der Zunge wird allein schon für die Diagnose genügen. Dem entsprechend hier Entartungsreaction, die bei der cerebralen Form immer fehlt.

4) Reflexerregbarkeit im gelähmten Muskelgebiet bei der Bulbärparalyse aufgehoben, bei der cerebralen Form vollständig erhalten.

5) Die bei der wahren Bulbärparalyse häufige Combination mit progressiver Muskelatrophie fehlt bei der Pseudobulbärparalyse.

Die Unterscheidung der Pseudobulbärparalyse von den apoplectiformen Bulbärlähmungen, wie von der acuten Bulbärmyelitis (Leyden) unterliegt keinen Schwierigkeiten. M.

Psychiatrie.

13) Ueber Geistesstörungen nach Augenoperationen von Prof. Schnabel, Innsbruck. (Berichte des naturwiss.-medic. Vereins in Innsbruck. 1882/83. XIII. Jahrgang.)

Verf. hat in Innsbruck von 1877—1882 nach 183 Altersstaar-Extractionen 12mal Geistesstörungen auftreten gesehen. Die so Erkrankten waren im Alter zwischen 66 und 83 Jahren, es waren 10 Männer und 2 Frauen, und zwar kam bei Männern schon auf 9 Operirte eine psychische Erkrankung, bei Frauen erst auf 36. Bei mehreren der Kranken trat bei wiederholten Operationen (wenn z. B. das rechte und linke Auge zu verschiedenen Zeiten operirt wurde) die Psychose wiederholt auf. Sie begann 2mal im Verlaufe des 1. Tages, 4mal während des 2., 4mal während des 3., 2mal während des 4., 2mal während des 7. Tages nach der Operation; sie dauerte 1—4 Tage und trat Nachts stärker auf als am Tage.

Die Symptome bestanden in den leichteren Fällen in Unruhe und leichter Erregung, Drängen auf Entlassung etc. In schwereren Fällen trat Verwirrtheit ein, die Kranken wussten nicht, an welchem Orte sie waren, gingen Nachts umher, legten sich in fremde Betten, waren widerspenstig und heftig, sogar tobsüchtig. Dabei waren Gesichts- und Gehörshallucinationen vorhanden.

Die Störung bildete sich immer rasch zurück. In einem Falle aber (der betr. Kranke hatte sich im Delirium aus dem Fenster gestürzt) konnte bei der Section

Pachymeningitis int. hämorrhagica neben Atrophia cerebri und Hydrocephalus chron. constatirt werden.

Indem Sch. die vollkommene Analogie der Symptome bei den von ihm beobachteten Psychosen mit den vorübergehenden Geistesstörungen bei Greisen, wie sie Durand-Fardel geschildert hat, hervorhebt, begründet er seine Ansicht, dass die merkwürdigen Geistesstörungen nach Staarextraction nichts Anderes als derartige Greisen-Psychosen seien, wobei die Operation nur die Gelegenheitsursache gebe.

Geist habe angegeben, dass die Altersatrophie des Gehirns beim Manne erst im Alter von 75—85 Jahren, bei Frauen erst von 85—95 Jahren eintrete. Das Durchschnittsalter seiner Kranken sei 71 Jahre gewesen; die daraus zu folgernde etwas vorzeitige Gehirnatrophie weise demnach auf eine bestehende Disposition zu psychischen Erkrankungen hin; die später eintretende Atrophie bei Frauen erkläre das viel seltener vorkommende Erkranken derselben nach der Extraction. Die Operation, die damit verbundene Aufregung der alten Leute etc. wirke begünstigend. — Die Fälle von Schmidt-Rimpler (Arch. f. Psych. IX) gehören in eine andere Kategorie.

Hadlich.

---

14) **Des vertiges chez les aliénés**; Millet's gekrönte Preisschrift (Prix Esquirol). (Annales méd.-psycholg. 1884. Jan. Mars.)

Die Untersuchung dehnt sich über 610 Krankheitsfälle aus (550 Männer und 60 Frauen), von welchen bei 46 Schwindelanfälle constatirt wurden. Bei der einfachen Geistesstörung sind dieselben selten, am ehesten noch den Angstzuständen zugesellt. Bei reiner Manie fehlen sie. Viel häufiger werden Schwindelanfälle bei der allgemeinen Paralyse bemerkt, und zwar sowohl im Verlauf der hypochondrischen wie der expansiven Formen. Vielfach sind die Anfälle leicht und rasch vorübergehend, aber auch schwerere kommen vor, das Bewusstsein ist vielfach erhalten, so dass der Zustand von den Kranken selbst beschrieben werden kann. Verkehrte oder gefährliche Handlungen sind während der Schwindelanfälle Paralytischer selten, kommen aber um so häufiger bei den Epileptikern vor. Die im Stadium der Demenz angelangten Paralytischen scheinen nicht mehr zu Schwindelanfällen zu neigen.

Unter den alcoholischen Formen, acuten wie chronischen, ist das Auftreten von Schwindel sehr gewöhnlich. In manchen Fällen hängt derselbe mit der jedesmaligen übermässigen Alcoholzufuhr direct zusammen, so dass die Kranken selbst den Zusammenhang kennen. In anderen Fällen scheinen die Schwindelanfälle mehr eine Contrasterscheinung zu sein, z. B. Morgens, wenn das Individuum noch nüchtern ist, aufzutreten. Diese Fälle sind relativ gutartig und der Schwindel verschwindet in Folge der Sequestration bald.

Wo jedoch durch wiederholte Rückfälle eine dauernde geistige Abschwächung der geistigen Fähigkeiten eintrat und die Structur der nervösen Centralorgane eine Veränderung erfahren hat, verschwinden diese Anfälle weit schwerer und treten noch monatelang nach der Sequestration auf.

Zuweilen gehen dieselben jahrelang dem Erscheinen von Verfolgungsideen und schreckenden Hallucinationen vorauf. Sind die letztgenannten Symptome erschienen, so erfahren dieselben zuweilen unter gleichzeitigen Schwindelanfällen eine jedesmalige nach Epochen wie Tagen zu merkende Verschlimmerung.

Im Allgemeinen haben die Alcoholiker Bewusstsein während der Schwindelanfälle und Erinnerung für das während derselben Begangene.

Die Schwindelanfälle im Verlauf der Epilepsie sind genügend bekannt. Alle Grade vom leichtesten, vorübergehenden, bis zum schwersten Coma mit Convulsionen kommen vor. Vielfach stellen die Schwindelanfälle unvollkommene Attacken vor. Eine stricte Grenze zwischen beiden ist schwer zu ziehen.

Gewisse Einflüsse, z. B. alcoholische Excesse, vermehren auch die epileptischen

Schwindelanfälle nach Zahl und Grad des Auftretens. Manche derartige Kranke bekommen diese Anfälle nur nach Alcoholgenuss.

Bemerkenswerth sind vielfache intellectuelle Störungen, welche mit den epileptischen Schwindelanfällen einhergehen: Hallucinationen, oft stets dieselbe, vorübergehende oder längere Verwirrtheit, geistige Abwesenheit, in welcher bizarre und excentrische Handlungen vorgenommen werden, oder der Patient für sich oder seine Umgebung gefährlich wird, ohne dass für das Geschehene später eine Erinnerung bestände.

Im Gegensatz zu der Dementia paralytica beobachtet man im Verlaufe einfacher Demenz ziemlich häufig kurze und vorübergehende Schwindelanfälle, ohne dass bei häufigen jahrelang wiederholten Auftreten der Zustand dadurch erheblich verändert wurde. Die Erscheinungsweise scheint vielfach an das Auftreten alcoholischer Schwindelanfälle zu erinnern. Wenn Verfolgungsideen und Hallucinationen noch dazu kommen, ist es oftmals schwer zu entscheiden, ob diese Anfälle nicht vielmehr altem Alcoholismus, als der Demenz zukommen.

Auch nach voraufgegangener Apoplexie, welche die Kranken als Demente zurückliess, können sich noch Schwindelanfälle wiederholen.

Hervorgehoben wird noch das überwiegende Auftreten auf Seite des männlichen Geschlechts (45 auf 550, gegen 1 auf 60 Frauen). Auch diese Erscheinung ist Verf. auf Rechnung des Alcoholismus zu setzen geneigt.

Die pathologische Natur der Schwindelanfälle wird als ein Zustand von partieller oder allgemeiner Congestion angesehen, sei sie direct oder auf reflectorischem Wege entstanden.

Bromkalium passe mehr für convulsive als einfache Schwindelanfälle, wird daher nur für solche epileptischer Art empfohlen, im Uebrigen Nüchternheit, Salina und Revulsiva.

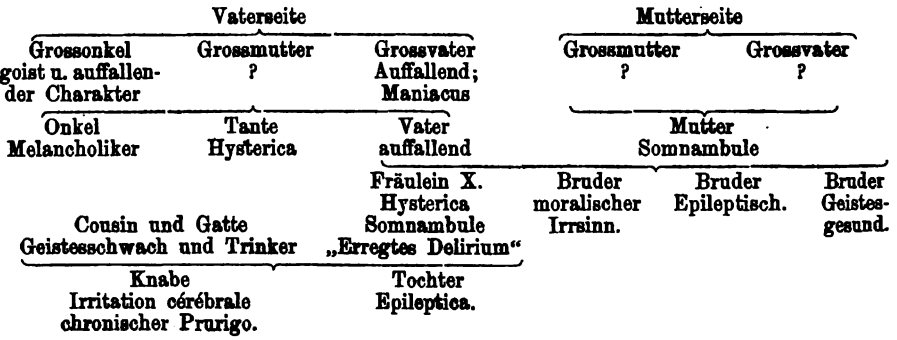
Im Allgemeinen sind die im Zustande eines Schwindelanfalls begangenen Handlungen als nicht verantwortliche zu betrachten; doch muss jeder Fall gesondert beurtheilt werden.

Jehn.

---

15) **Une famille de névropathes** par Chambard. (Annal. méd.-psycholog. 1884. Mars p. 220.)

Der Inhalt wird am besten durch folgenden Stammbaum wiedergegeben:



Verf. ist geneigt, die bei dem jüngsten Mitglied dieser neuropathischen Familie bemerkte Dermatose als ein Zeichen nervöser Degeneration aufzufassen.

Jehn.

---

16) **Crise d'hystérie chez un homme atteint de paralysie générale** par Camuset. (Annal. méd.-psycholog. 1884. Mars. Arch. cliniques. p. 229.)

Im Verlauf einer sonst durch nichts Wesentliches ausgezeichneten Paralyse traten bei einem 39jährigen Mann plötzlich hysterische Anfälle auf. Der Kranke lässt sich in denselben zu Boden sinken, schreit laut mit weitgeöffnetem Munde und streckt die Zunge vor. Die Augen sind convulsivisch nach oben gerichtet; Thränenfluss; erschwerte Respiration; convulsivisches Greifen nach der Kehle, wie wenn dort ein Hinderniss sitze. Allerhand ausgiebige Bewegungen, Drehungen der Glieder, Opisthotonus, Aufwärtskrümmen des Rumpfes, so dass der Körper nur auf Hinterkopf und den Fersen ruht.

Die Dauer solcher Krisen war verschieden, bis zu $^3/_4$ Stunden. Im Laufe des Tages traten 8—10—14 auf. Nach 11tägiger Dauer dieses Zustandes starb der Kranke plötzlich. Als Todesursache wurde eine Lungencongestion angesehen. Die Hirnsection bot für die Erklärung der Anfälle keinen Anhaltspunkt. Jehn.

---

17) **Frenosi alcoolica e frenosi paralitica** pel dott. L. Frigerio. (Arch. italian. per le malatie nerv. 1883. I.)

Verf. gelangt auf Grund seiner ausführlichen Untersuchung über die Form der Geistesstörungen, die sich auf alcoholischer Basis entwickeln, zu dem Schluss, alcoholisches und paralytisches Irresein seien zwei völlig getrennte Krankheitsbilder, und es sei auch nicht gestattet, ein vermittelndes Zwischenglied aufzustellen, wie es durch die Construction der sogenannten Pseudoparalysis alcoh. versucht worden sei. Im Allgemeinen herrsche bei dem chronischen Alcoholismus der Verfolgungswahn mit den charakteristischen Hallucinationen und impulsiven Anfällen vor; in den seltenen Fällen mit ausgesprochenem Grössenwahn seien die Grössenideen nicht so monoton (? Ref.) und lange andauernd wie bei der Paralyse. Für die Differentialdiagnose seien besonders die schriftlichen Aufzeichnungen zu verwerthen, da die Alcoholiker an sich viel weniger schreibselig seien und sich im Allgemeinen von den Auslassungen einzelner Silben etc. freihielten. Die Coordinationsstörungen der Paralytiker fingen zunächst bei den Bewegungen der Zunge und der Lippen, also beim Sprechen, dann bei den feineren Verrichtungen der Hände, wie beim Schreiben etc. an, während sie bei den Alcoholikern von den unteren Extremitäten ausgingen und allmählich zu den oberen Regionen aufstiegen. Die Pupillen der Paralytiker seien meistens sehr eng oder abnorm weit, die der Alcoholiker dagegen seien durch ihre Ungleichheit in der Weite charakterisirt. Ferner fehlten den Paralytikern die bekannten Verdauungsbeschwerden; ebenso die Fettleber, das Atherom der Gefässe (?) und andere Folgezustände des chronischen Alcoholconsums, während sie ihrerseits so häufig Degenerationen des Rückenmarks aufwiesen.

Ref. kann sich diesen freilich hier nur skizzirten Ausführungen des Verf. nicht völlig anschliessen, obschon auch er keine selbstständige Pseudoparalysis potat. annehmen möchte. Wahrscheinlich wird sich die von Baillarger vorgeschlagene Trennung der „Folie" von der „Démence paralytique" für die richtige Auffassung der so differenten Krankheitsbilder der sogenannten Paralyse als werthvoll erweisen. Vielleicht hängt auch der Unterschied zwischen den Symptomen des italienischen und des deutschen Potatoriums wesentlich von den verschiedenen Wirkungen des vorwiegend consumirten Weins resp. des Branntweins ab, und nicht ohne Einfluss auf die specielle Färbung der Wahnideen und auf das pathologische Verhalten der Psyche überhaupt scheinen wie beim einzelnen Irren der individuelle Entwickelungsgang und die Bildung, so bei den Symptomencomplexen, welche die ärztliche Beobachtung von verschiedenen Racen für dieselben pathologischen Vorgänge abstrahirt hat, der Nationalcharakter und die localen Lebensverhältnisse des betreffenden Volkes zu sein.

Sommer.

Therapie.

18) Galvanic batteries in medicine with description of a nerv selector by J. Rudisch and G. W. Jakoby. (Journ. of nerv. and ment. disease. 1884. Jan. Vol. XI. p. 25.)

Die Verff. besprechen zuerst die verschiedenen Elemente, von denen sie nur die von Daniell und Leclanché als brauchbar für constante Batterien anerkennen; die Ursache, dass die aus Leclanché's bestehenden Batterien eine ungleichmässige Abnützung der Elemente zeigen, finden sie in dem Elementenzähler und beschreiben einen von ihnen construirten, der eine Combination der bisher üblichen sein soll und sich an Stöhrer's Construction anlehnt. Die Vortheile, die sie demselben nach etwa ein Jahr langem Gebrauche vindiciren, sind vor Allem die Möglichkeit der successiven Einschaltung je eines Elementes, die gleichmässige Abnützung der Elemente, die Leichtigkeit des Nachweises einer Stromunterbrechung. A. Pick.

---

19) Nachweis einer Nadel von Kocher. (Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. 1884. 9.)

Bemerkenswerth wegen der von G. Burckhardt (Préfargier) gestellten Diagnose auf einen Fremdkörper und wegen der Einstellung der Nadel und Bestimmung ihrer Länge mit Hülfe eines empfindlichen Galvanometers. Nach langen vergeblichen chirurgischen Kuren hatte B. eine peripher gelegene Ursache der Schmerzen im Daumenballen, Oberarm und über der Clavicula diagnosticirt, weil sie durch bestimmte Bewegungen hervorgerufen wurden, weder periodischen noch neuralgischen Charakter hatten, von Menses etc nicht beeinflusst wurden, und Symptome, wie sie lange bestehende und central bedingte Neuralgien zu haben pflegen: allgemeine Nervosität, Schlaflosigkeit, Abmagerung, Tremor, psychische Verstimmung — vollkommen fehlten. Auf eine local noch bestehende reizende Ursache wies die durch Pulscurven illustrirte Verschiedenartigkeit der rechten und linken A. radialis hin.
Tuczek.

---

20) Ein Fall von Neuralgie, hauptsächlich im Bereich des zweiten Trigeminusastes, durch Exostosenbildung im äusseren Gehörgang bedingt, von Moos. (Berl. klin. Wochenschr. 1884. 8.)

Die Kranke, welche früher vielfach an Otorrhoe gelitten, bekam, nachdem sich wieder Schwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten äusseren Gehörganges, aber ohne Ausfluss, eingestellt hatten, bald darauf heftige Schmerzanfälle im Gebiete des zweiten und dritten Trigeminusastes derselben Seite. Namentlich war der rechte Oberkiefer beim Kauen so empfindlich, dass in den letzten Monaten nur noch links gekaut werden konnte. Diese Paroxysmen erschienen bald Morgens, bald Abends, ohne bestimmten Typus, und wurden im weiteren Verlaufe immer häufiger, intensiver und von längerer Dauer, bis zu 6—8 Stunden. Die Untersuchung des Ohres ergab drei etwa erbsengrosse Exostosen im Gehörgang, je eine an dessen hinterer, oberer und vorderer Wand, die das Lumen bis auf eine kleine Oeffnung aufgehoben hatten. Beim Sondiren verlegte die Patientin mit aller Bestimmtheit den Sitz und den Ausgangspunkt der Schmerzanfälle in die hintere Exostose. Es wurde daher die letztere in der Chloroformnarkose mit dem Meissel entfernt, was sehr leicht gelang; unmittelbar danach blieben die Schmerzen und zwar für immer aus und es war sofort der Kranken seit Monaten zum ersten Male möglich, auf der rechten Seite zu kauen.
Blau.

21) **The opium psychoneurosis; chronic meconism or papaverism**, by C. H. Hughes. (The Alienist and Neurologist. 1884. V. p. 123.)

Verf. spricht sich sehr energisch gegen die plötzliche Entziehung des gewohnten Narcoticums aus, selbst wenn nur kleine Dosen regelmässig consumirt worden waren. Er empfiehlt daher eine modificirte Entziehungskur, die durch die Ersetzung der jedesmal entzogenen Menge Morphium (oder Opium) durch das doppelte (oder dasselbe) Quantum Chinin charakterisirt ist. Anfänglich verringere man die tägliche Dosis um je $^2/_5$ oder noch weniger. Ist man bis auf etwa 0,6 pro die herabgekommen, so bleibe man hier einige Tage stehen, und entziehe in der Folge nur noch ca. 3 Centigramm täglich. Dabei soll der Patient über das entzogene Quantum in Unklarheit bleiben, und besonders soll er nicht wissen, von welchem Zeitpunkt an er gar kein Morphium mehr erhält. Kann man ihn später auf die Thatsache hinweisen, dass er schon mehrere Tage ganz ohne Morphium ausgehalten hat, so soll der moralische Einfluss für die Verhütung eines Recidivs sehr günstig sein.

Die ganze Kur erfordert natürlich eine grosse Aufmerksamkeit des Arztes, doch glaubt Verf., dass man sie bei energischen Patienten sogar im Hause derselben erfolgreich zu Ende führen könne. Von besonderer Wichtigkeit sei es, den gesammten Arzneischatz zur Verfügung zu haben, um entsprechend den vielgestaltigen Abstinenzsymptomen sofortige Hülfe leisten zu können. Im Beginne der Kur solle man freilich mit Medicamenten so sparsam als möglich umgehen, um im späteren Verlauf noch immer wirksam eingreifen zu können. Tinct. Cannabis in grossen Dosen, event. Bromkalium und Galvanisation des Kopfes und des Rückenmarks, sei gegen die nervösen Symptome, Chloral gegen die quälende Schlaflosigkeit zu verordnen. Besonderes Gewicht sei auch auf protrahirte warme Bäder, auf weite Spaziergänge in frischer Luft, und auf sehr kräftige und phosphorreiche Kost zu legen. Collapserscheinungen seien durch grosse Dosen Tinct. Valerian. und durch Alcoholica, spec. durch starkes Malzextract zu bekämpfen; gegen die Nausea helfe meistens Eis in Verbindung mit Excitantien.

Erwähnenswerth sind noch die Beobachtungen des Verf., nach denen die Nachkommen von Morphinisten von einer auffallend kleinen Statur sein und bleiben sollen.

Sommer.

---

22) **Einige Fälle von therapeuthischer Anwendung des Hypnotismus** von Wiebe. Aus der medicin. Klinik zu Freiburg. (Berl. klin. Wochenschr. 1884. Nr. 3.)

Verf. wandte bei 4 Fällen von functioneller Störung mit Erfolg den hypnotischen Versuch an. Alle betrafen junge Mädchen, darunter 3 Hystericae, 1 mit multiplen Neuralgien. In dreien dieser Fälle bewirkte die Hypnose eine rasch eintretende und andauernde Besserung, im 4. erwies sie sich weniger wirksam; sie milderte resp. sistirte klonische Krämpfe, hob Anästhesien, beseitigte Neuralgien. In einem Fall (I) wirkte sie offenbar nur psychisch; in Fall IV hinterliess sie eine beträchtliche psychische Alteration. In 3 weiteren Fällen (darunter 2 von hysterischem Erbrechen) gelang die Hypnose nicht.

Tuczek.

---

23) **Two cases of stretching of facial nerve** by Laudon Carter Gray. (The americ. Journ. of Neurol. and Psych. 1883. Vol. I. p. 515.)

I. 36jähr. Mann, seit 16 Jahren Tic douloureux im 2. Ast des rechten Trigeminus; gleich zu Beginn der Neuralgie und auch den späteren Anfällen vorangehend jedesmal Zuckungen in der Gegend des Unterkiefers; Operation; nach 4tägiger

Remission verstärkte Wiederkehr der Neuralgie, Verminderung der Zuckungen, Facialislähmung mit Entartungsreaction.

II. 22jähr. Mann, seit 10 Jahren choreiforme Bewegungen in beiden Gesichtshälften und beiden Händen; in Folge linksseitiger Facialisdehnung 2monatliche Pause; darnach Wiederkehr. A. Pick.

Forensische Psychiatrie.

24) **Simulirte Amnesie** von W. Sommer. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. N. F. XL. 2. S. 252.)

Ein Brandstifter wird 10 Tage nach der That verhaftet, legt ein sehr ausführliches und den Thatsachen entsprechendes Geständniss ab und erkrankt dann wenige Stunden nach dem Verhör unter den Symptomen einer alcoholistischen Tobsucht, die später in einigen Wochen abheilt. Seitdem behauptet er völlig unschuldig zu sein und weder von dem Verbrechen noch von dem Geständniss etwas zu wissen. Dagegen behauptet er — im stricten Widerspruch gegen alle Angaben sämmtlicher Verwandter und Bekannter — und obschon er Dachdecker von Beruf ist, an seltenen epileptischen Krämpfen zu leiden und wird während der 6wöchentlichen Beobachtung in der Allenberger Irrenanstalt von einem mindestens verdächtigen Krampfanfall ergriffen. Da während der Beobachtung in der Anstalt keine Spur einer psychischen Abnormität nachgewiesen war, und da der Zeitraum, für den der Angeschuldigte keinerlei Erinnerung haben wollte, fast 14 Tage betrug, obschon er seinen Angehörigen während dieser Zeit durchaus normal erschienen war, wurde an Simulation gedacht und ein dementsprechendes Gutachten abgegeben. Einige Monate später starb indess der Angeschuldigte noch in der Untersuchungshaft, nachdem in der letzten Zeit wieder mehrfache und zweifellose Krampfanfälle eingetreten waren. Wahrscheinlich war daher der Krampfanfall während des Aufenthaltes in der Irrenanstalt ebenfalls ein echter, womit die Annahme der simulirten Amnesie wesentlich an Berechtigung verliert. Die Section ist leider nicht gemacht worden, sodass der Fall unentschieden bleiben muss. Jedenfalls mahnt er zu ausserordentlicher Vorsicht bei der Annahme einer Simulation und gerade wenn es sich um einen schweren Verbrecher handelt. M.

III. Aus den Gesellschaften.

Aus dem Congress für innere Medicin in Berlin.

(Fortsetzung.)

Ueber Poliomyelitis und Neuritis.

Leyden (Referent) giebt zuerst einen historischen Ueberblick der Entwickelung dieser Krankheitsbegriffe. Nachdem zuerst Ch. Bell eine Unterscheidung der Atrophie und Lähmungen aufgestellt, waren es Aran und Duchenne und in Deutschland Heine, die durch ihre Arbeiten den Grund zu unseren Kenntnissen über die progressive Muskel-Atrophie und die spinale Kinderlähmung gelegt haben. Die Frage nach der anatomischen Grundlage dieser Affectionen wurde zuerst von Waller berührt, der entdeckte, dass die von einem Nerven versorgten Muskeln atrophiren, sobald der Nerv vom Rückenmark getrennt wurde; in diesem und zwar in den grossen motorischen Ganglienzellen der Vorderstränge in der Nähe des spinalen Ursprungs dieser Nerven musste also deren trophisches Centrum gesucht werden. Allein dies Factum kam wieder in Vergessenheit und die pathologische Anatomie suchte die Ursache der Erkrankung in den Muskeln selbst, die degenerirt gefunden wurden, so

bildete sich die Theorie von der myopathischen Natur dieser Lähmung. Als dann der Sympathicus als ein die Gefässe beherrschender trophischer Nerv erkannt wurde, galt dieser als die Veranlassung der Muskelatrophie. Auf dieser Theorie basirte auch die von Remak eingeführte Therapie der Galvanisation des Sympathicus. In der Mitte der 60er Jahre fanden mehrere Forscher (Luys, Clarke etc.) bei der Untersuchung des Rückenmarks einen Schwund der grossen motorischen Ganglienzellen. Allein diese Beobachtungen fanden noch wenig Beachtung, bis Charcot und seine Schüler eine Reihe von Arbeiten bekannt machten, aus denen sich dieselbe Thatsache ergab, nämlich dass diesen Lähmungen eine Atrophie der grossen Ganglienzellen der Vorderhörner zu Grunde liege, wodurch die Waller'sche Hypothese eine neue Bestätigung fand. Auch für andere Formen, z. B. die der diphtheritischen Lähmungen sind solche Beweise gesucht, jedoch nicht mit Sicherheit gefunden worden. Duchenne und Joffroy unternahmen es jetzt, sämmtliche atrophische Lähmungserscheinungen zusammenzufassen und in acute und chronische zu scheiden; zu jenen zählten sie die atrophische Kinderlähmung und den analogen Prozess bei Erwachsenen, zu diesen die progressive Muskelatrophie, die progressive Bulbärparalyse und die acute und subacute Spinalparalyse. Allen diesen Formen sollte eine parenchymatöse Entzündung der grauen Substanz des Rückenmarks zu Grunde liegen, der Kussmaul den Namen Poliomyelitis gab.

Diese Lehre, die lange geherrscht hat, birgt jedoch einen gewissen Schematismus in sich, da man nicht berücksichtigte, dass auch von anderen Theilen als dem Rückenmark, von den peripheren Nerven, vom Muskel selbst aus eine Atrophie zu Stande kommen könne. Friedreich gebührt das Verdienst, zuerst darauf hingewiesen zu haben, wenn er auch in das entgegengesetzte Extrem verfiel und diese progressiven Atrophien auf Myositiden zurückführte. Mehrfach zeigte sich vollkommene Integrität des Rückenmarks bei diesen Prozessen. Nach einiger Zeit wurden noch weitere Einschränkungen in Bezug auf die Natur derselben gemacht; es zeigte sich, dass es sich um verschiedene Affectionen handele und dass nicht immer eine Poliomyelitis denselben zu Grunde liegt.

Die Lehre von der atrophischen Kinderlähmung wurde am wenigsten modificirt. Hier fanden sich in der That kleine myelitische Herde mit Körnchenzellen, nachfolgender Schrumpfung und fibröser Degeneration entsprechend dem Austritt der Wurzeln. Für die progressive Muskelatrophie stellte es sich heraus, dass von der spinalen Form andere zu trennen sind, die ohne Poliomyelitis verlaufen. Jene, für deren Entstehung sicher ein Prozess im Rückenmark mit auffallender Atrophie der Ganglienzellen verantwortlich gemacht werden kann, steht noch heute im Mittelpunkt der Discussion. Ausser der von Charcot und anderen gefundenen Atrophie der Ganglienzellen fand sich ferner in anderen Fällen eine Degeneration der weissen Stränge im Verlaufe der Pyramidenseitenstrangbahnen. Bald darauf publicirte Leyden seine Untersuchungen über die progressive Bulbärparalyse, für die er ebenfalls Atrophie der Ganglienzellen und der Pyramidenseitenstränge constatirte. Charcot hat, ausgehend von dem Symptom der Muskelrigidität, zu der sich später Atrophie hinzugesellt, ein ähnliches, aber dennoch verschiedenes Krankheitsbild aufgestellt, für das L. früher eine andere anatomische Grundlage als die Degeneration, die Sklerose, vermuthete, wovon er jedoch jetzt zurückgekommen ist; denn wenn auch eine Einheitlichkeit der Krankenbilder sich vor der Hand nicht erreichen lässt, so ist dennoch die Differenz keine fundamentale. Das Wesentliche des Prozesses liegt in dem Auftreten und der typischen Ausbreitung der Muskelatrophie. Allerdings wird es noch mancher Arbeit bedürfen, um eine Vermittelung der Beobachtungen herzustellen. Auszuschliessen sind jedoch alle Formen, wo es sich um combinirte System-Erkrankungen handelt. Auch die Auffassung des poliomyelitischen Prozesses bei dieser Krankheit hat heute eine Aenderung erfahren, insofern als die meisten Autoren in demselben keine Entzündung, sondern eine Degeneration, eine Systemerkrankung sehen.

In die Lehre von der Poliomyelitis war noch eine andere von Duchenne beschriebene Form von Muskellähmung hineingezogen worden, die nach dem Typus spinaler Erkrankungen häufig zur Atrophie führt, jedoch einen günstigeren Ausgang zu nehmen pflegt; allein eine anatomische Beweisführung hierfür liess auf sich warten. Vielmehr wurden, zuerst von Eisenlohr und von Lichtheim, Fälle publicirt, in denen Muskelatrophien ohne Betheiligung des Rückenmarks bestanden; es fand sich, dass man es mit peripheren, von den Nerven ausgehenden Muskellähmungen zu thun hatte. Auf die klinischen Arbeiten Remak's, die experimentellen Untersuchungen Leyden's und seiner Schüler, folgte eine wichtige Beobachtung von Eichhorst, der in einem schnell zum Tode führenden Falle das Rückenmark intact, die Nerven makroskopisch und mikroskopisch verändert fand; der hämorrhagisch aussehende Nerv war degenerirt und entzündet. In den Jahren 1878/79 veröffentlichte Leyden selbst zwei Fälle von disseminirter Neuritis, die unter dem Bilde der Duchenne'schen vorderen Spinalparalyse verlaufen waren. Die Veränderungen, ähnlich wie in den Eichhorst'schen Fällen, waren ganz besonders eclatant in der Gegend des Ellenbogengelenks; das Rückenmark war auch hier nicht afficirt. Eine Reihe später veröffentlichter Fälle haben diese Beobachtungen bestätigt.

Das klinische Krankheitsbild ist dadurch charakterisirt, dass sich eine symmetrische, nach der Peripherie hin zunehmende schlaffe Lähmung der Extremitäten mit Erlöschen der Sehnenreflexe und nachfolgender Atrophie einstellt. Aehnlich wie bei der Facialislähmung lassen sie je nach dem elektrischen Verhalten der Muskeln eine schwere, eine leichte und eine Mittelform aufstellen. Mit den motorischen Störungen verbinden sich sensible Symptome, reissende Schmerzen, Kriebeln, Druckempfindlichkeit besonders der Muskeln, die ebenfalls nach der Peripherie hin zunehmen. Der Nervenstamm ist an der entzündeten Stelle besonders empfindlich. Hinzu kommen noch Affectionen anderer Nerven (Opticus, Vagus) und trophische Symptome, wie Oedeme in der Nähe des entzündeten Nerven. Der Verlauf ist entweder acut, oder auch schleppend und chronisch. Die Prognose ist ziemlich günstig, wenn auch im ersten Stadium quoad vitam nicht ungefährlich. Was die Aetiologie anlangt, so sind es einmal Erkältungen und andere Krankheiten, in deren Folge die Neuritis sich entwickelt. Unter letzteren ist ausser Diphtheritis, Typhus, Recurrens, Erysipel ganz besonders der acute Gelenkrheumatismus hervorzuheben; ein Zusammenhang mit Tuberculose und Syphilis wird angegeben. Ein besonderes ätiologisches Moment ist endlich der Alcoholismus. Die Therapie richtet sich in erster Linie gegen die rheumatischen und infectiösen Schädlichkeiten, wobei L. das salicylsaure Natron mehrmals bewährt gefunden hat. Bleibt dieses unwirksam, so ist eine exspectative Behandlung einzuschlagen, Ruhe ist in diesem Stadium die Hauptsache. Erst wenn die Regeneration beginnt, darf man vorsichtig mit Muskelübungen und elektrischer Behandlung anfangen, die jedoch häufig wegen Hyperästhesie der Pat. nicht vertragen werden. Für die Nachkur empfiehlt sich ausserdem ein tonisch-medicamentöses Verfahren.

Schultze, Heidelberg: Während Friedreich die progressive Muskelatrophie auf eine Entzündung der Muskeln bezieht, die sich eventuell auch auf die Nerven fortsetzen kann, ohne Betheiligung des Rückenmarks, glaubt S. besonders zwei von dessen 6 Sectionsbefunden, als keineswegs beweisend hinstellen zu können, da es sich hier sicher um Erkrankung der Pyramidenbahnen und der vorderen grauen Substanz gehandelt habe.

Die Differenz bei gleichem anatomischen Befund in Bezug auf die Rigidität und die Sehnenreflexe dürften sich dadurch erklären, dass in dem einen Falle die Seitenstränge, in dem anderen zuerst die vordere graue Substanz afficirt wurde. Die Ganglienatrophie reicht jedoch nicht in allen Fällen für die Erklärung der starken peripheren Degenerationen aus; trotzdem aber ist der Vorgang im Wesentlichen als central zu betrachten. S. möchte statt des Namens der amyotrophischen Lateralsklerose einen

anderen gewählt wissen, da es sich weniger um eine Sklerose, als um eine Erweichung handelt und hält den Namen: motorische Tabes für bezeichnender, weil beide Erkrankungen sowohl im klinischen Verlauf wie in dem anatomischen Prozess auffallende Aehnlichkeiten darbieten.

Die zweite Erkrankung, die aus dem Bilde der progressiven Muskelatrophie ausgeschieden wurde, ist diejenige Form, bei der es sich nur um eine alleinige Affection der vorderen grauen Substanz handelt und die den schlecht gewählten Namen der typischen Muskelatrophie erhalten hat. Diese Vorderhörneratrophie charakterisirt sich durch die Entartungsreaction der Hand-, der Schultermuskeln ohne spastische Erscheinungen. Allein die anatomische Begründung dieser Form ist keineswegs gesichert, da ein so hochgradiger Schwund der Vorderhörner, dass er die secundären Degenerationen erklären könnte, nur in wenigen Fällen nachgewiesen ist; so ist der Fall von Pick durchaus zweifelhaft. Es müssen schon erhebliche Degenerationen der Ganglien vorhanden sein, um secundäre Degenerationserscheinungen hervorzurufen. Und noch mehr, in manchen Fällen fanden sich die vorderen Wurzeln der Stämme in der Nähe des Rückenmarks sogar vollkommen intact. So kann man auch die Erkrankung als peripher auffassen, während die Ganglien erst später mit afficirt wurden.

Für die Pseudohypertrophie der Muskeln gilt es als sicher, dass bei derselben eine Affection des Rückenmarks nicht zu finden ist; der Einwand, es handle sich hier um eine symmetrische Erkrankung, halte er nicht für stichhaltig. Auch der Ansicht Erb's, es sei nicht immer nöthig, die degenerativen Prozesse in den Ganglien nachzuweisen, könne er sich nicht anschliessen. Ebenso liegen die Verhältnisse bei anderen Erkrankungen der Muskeln, die als Atrophie auftreten und die Erb als reine Myopathien auffasst; wenigstens ergab die Section in einer Reihe von Fällen das Intactsein der gröberen Nervenfasern und des Rückenmarks. Diese Form als juvenile zu bezeichnen, ist nicht richtig, da sie auch bei Erwachsenen sich findet; auch die Localisation auf bestimmte Muskeln mit Verschonung der Handmusculatur ist nach seinen Erfahrungen nicht zutreffend.

Ein Fall Friedreich's von primärer Myopathie ist wiederum als spinale Kinderlähmung zu betrachten. Diese Form der Poliomyelitis beruht auf wirklicher Entzündung, die jedoch auch ausser der vorderen die hintere graue Substanz und die Seitenstränge befallen kann. Allerdings kommen auch Fälle von traumatischer Entzündung vor, bei denen man darüber zweifelhaft sein kann, ob sie central oder peripher sind; der Sectionsbefund weist eine secundäre Degeneration auf. Die Aetiologie der Erkrankung ist allerdings noch in Dunkel gehüllt, so dass man, da oft nichts anderes nachzuweisen ist, an das Mitwirken einer Infection denken muss.

Bei der subacuten Poliomyelitis, deren anatomische Grundlage noch keineswegs ganz sichergestellt ist, ist in einzelnen Fällen ein diffuser Prozess im Rückenmark, in anderen eine verbreitete Neuritis peripherer Nerven vorhanden; letztere ist jedoch nicht constant. Auch hier möchte S. deshalb annehmen, dass ein unbekanntes Agens, das den ganzen Körper betrifft, zuerst die peripheren Nerven und später das Rückenmark befällt.

Die Therapie ist im Allgemeinen gegenüber diesen Affectionen ohnmächtig; die Anwendung des salicylsauren Natrons ist zwar zu empfehlen, wenn man auch über die Natur des Krankheitserregers nicht im Klaren ist. Die Wirkung des elektrischen Stroms für die chronischen Formen wird sicher noch überschätzt, da ebensowenig wie bei der Facialislähmung seine Wirkung auf die anatomische Regeneration der Nerven gesichert ist.

Discussion:

S. Guttmann, Berlin, theilt einen von ihm beobachteten Fall von multipler Neuritis mit, die ziemlich acut einsetzte und im Verlauf von ca. 3 Monaten unter Jodkali in grossen Dosen und späterer Faradisation der gelähmten Muskeln in vollkommene Heilung überging.

Bernhardt, Berlin, bespricht einen ähnlichen von ihm und Leyden beobachteten Fall von multipler Neuritis mit Betheiligung des N. vagus. Vom Beginn der Krankheit an zeigte die Kranke ausser Motilität- und Sensibilitätsstörungen in den Extremitäten eine scheinbar nicht motorischer Pulsfrequenz von über 100 in der Minute. Das Krankheitsbild glich dem der japanischen Beri-Beri. Auch hier trat unter diätetischen Maassnahmen und elektrischer Behandlung mit starken constanten Strömen Heilung ein.

Als differential-diagnostisches Merkmal zwischen Poliomyelitis und Neuritis multiplex ohne Sensibilitätsstörungen dürfte eine deutliche Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit der Muskeln neben kaum zu constatirender Lähmung dienen. Dieses Symptom kommt bei der Poliomyelitis im Beginn, bei der Neuritis höchstens nach Monaten zur Beobachtung.

Rumpf, Bonn, hat einen Fall der juvenilen Form der Muskelatrophie beobachtet, der das für diese Gruppe charakteristische Fehlen der Entartungsreaction nicht zeigte. Die Veränderung habe hier in den grauen Vordersäulen des Rückenmarks ihren Sitz.

Moeli, Berlin, bespricht die in Folge des Alcoholismus auftretenden Veränderungen der peripheren Nerven, die seit lange bekannt, auf Affection des Rückenmarks und seiner Häute zurückgeführt wurden, während jetzt constatirt ist, dass letzteres ganz intact sei. Besonders hebt er die Veränderung des N. opticus hervor, die sich bei Delirium tremens in 15 % aller Fälle findet und ein brauchbares diagnostisches Merkmal bildet.

Althaus, London, warnt vor zu grossem Dogmatismus in dieser Frage, da z. B. die Kinderlähmung in verschiedenen Fällen verschiedene klinische Bilder liefert. Eine bestimmt ausgesprochene Entartungsreaction hat A. in seinen Fällen nicht beobachtet, wohl aber eine Herabsetzung der faradischen bei normaler galvanischer Erregbarkeit. Die Aetiologie der acuten spinalen Lähmung sieht A. in Erkältung und Ueberanstrengung. Therapeutisch hat er von grossen Vesicatoren auf den Rücken in den ersten Tagen der Erkrankung vorzügliches gesehen.

Remak, Berlin, hebt als differentiell-diagnostisches Moment zwischen Neuritis und Poliomyelitis die eigenthümliche Localisation der Affection in bestimmten Nervengebieten bei der letzteren Krankheit hervor, während dieselbe bei peripheren Veränderungen nicht so prägnant ausgesprochen sei.

(Fortsetzung folgt.)

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Sitzung den 12. Mai 1884.

Fortsetzung der Discussion über Oppenheim's Vortrag: **Zur Aetiologie der Tabes** (s. d. Ctrlbl. Nr. 9).

Oppenheim: Gestatten Sie, dass ich zu den in der vorigen Sitzung gegebenen Mittheilungen heute einen kurzen Nachsatz mache. Mein Material hat inzwischen die Zahl von 100 Fällen überschritten. Unter 100 Tabeskranken fanden sich 59, bei denen jeder Anhaltspunkt für die Annahme einer specifischen Infection fehlt. 11 hatten an Ulcus molle gelitten, 13 an Ulcus durum ohne Folgeerscheinungen. 11 sind sicher syphilitisch gewesen, in 6 weiteren Fällen wird zwar jede Infection geleugnet, aber durch die in der vorigen Sitzung angeführten Momente wahrscheinlich gemacht. Auf jenem anderen Wege, den ich betreten habe, um die etwaigen Beziehungen zwischen Syphilis und Tabes zu erforschen, bin ich zu keinem verwerthbaren Resultate gelangt. Unter einer sehr grossen Zahl jener Kranken, welche wegen bestehender Syphilis die Syphilis-Abtheilung der Charité aufsuchen und die ihre Primäraffection mindestens 5 Jahre zurückdatiren, fand sich nur ein Individuum, das Zeichen bot, die man etwa auf eine beginnende Tabes beziehen konnte. Ich

werde übrigens diese Untersuchungen nicht fortsetzen, denn die Anhänger der specifischen Tabes werden immer den Einwand in Bereitschaft haben, dass unter jenen Kranken, die an schwereren Formen der Syphilis leiden, die Tabes-Aspiranten nicht zu finden seien.

Ich will übrigens heute noch einmal betonen, dass ich mit der vorliegenden Statistik die Frage nicht für abgeschlossen halte; es ist das gar nicht möglich angesichts der auffallenden Ergebnisse der Erb'schen Statistik. Dasjenige freilich, was man ausser der Statistik als Beweismaterial für den Zusammenhang der Tabes mit der Syphilis beigebracht hat, steht nur auf schwachen Füssen; umgekehrt ist aber auch manches der Argumente, das man gegen diesen Zusammenhang angeführt hat, nicht unanfechtbar. So dürfte man sich nicht so sehr verwundern, wenn eventuell gerade auf die leichten Formen syphilitischer Infection die Tabes dorsalis folgte, ist es doch von einigen der acuten Infectionskrankheiten bekannt, dass auf leichte Formen derselben schwere Erkrankungen des Nervensystems folgen können.

Die Frage, ob es eine Beziehung zwischen Syphilis und Tabes giebt, ist als eine noch offene zu betrachten.

Remak: Wenn er früher 25 % Syphilitische unter seinen Tabikern gefunden habe, so müsse er jetzt diese Zahl etwas modificiren. Er habe nur ganz sichere Fälle von Tabes in Rechnung gezogen und demgemäss seit dem 20. Jan. 1880 über 64 Fälle Untersuchungen, 15 weibliche und 49 männliche. R. will bei der Berechnung die Frauen fortlassen wegen der grossen Schwierigkeit sicherer anamnestischer Erhebungen. Uebrigens war bei keiner von den 15 Frauen Syphilis zu constatiren, sie waren alle verheirathet oder Wittwen. Mit grosser Wahrscheinlichkeit liess sich dagegen bei 5 von ihnen Erkältung, bei 1 ein Trauma (Fractura cruris), bei 2 plötzliche heftige Gemüthsbewegung als Ursache der Tabes ermitteln. — Was die Augen- und Augenmuskelstörungen (R. hat auch die vorübergehenden mit in Rechnung gezogen) anbetrifft, so fanden sich bei den 15 Frauen 7mal Augenmuskelstörungen, 2mal Opticus-Atrophie.

Die 49 Männer bringt R. in 3 Kategorien:

1) solche, die sicher ein Ulcus durum und secundäre Erscheinungen gehabt haben (14 Fälle);
2) solche, die ein Ulcus durum, aber niemals secundäre Erscheinungen gehabt haben (14 Fälle);
3) solche, bei denen keine Syphilis zu ermitteln ist (21 Fälle).

ad 1. Hier traten die ersten Symptome von Tabes nach 1—23 Jahren (Durchschnitt 8 Jahren) auf, nach stattgehabter Infection. — Ausser der Syphilis war aber hier mit grosser Wahrscheinlichkeit in 6 Fällen Erkältung als ätiologisches Moment nachzuweisen. — 4mal waren Augenmuskelstörungen vorhanden, 3mal Opticus-Atrophie.

ad 2. Unter diesen 14 Fällen ist in 6 oder doch in 5 Syphilis ziemlich sicher auszuschliessen; von anderen ursächlichen Momenten ist anzuführen: 7mal Erkältung, 1mal Trauma (Fractura ossis ilei). — In 3 Fällen fanden sich Augenmuskelstörungen.

ad 3. Hier sind von den 21 Kranken 7 Privatpatienten, bei denen die Anamnese auf's Genaueste erhoben werden konnte. — Von 10 Kranken waren gesunde Kinder vorhanden, niemals war bei den Frauen Abortus vorgekommen. — Bei 3 Kranken bestand jedoch ein gewisser Verdacht auf Syphilis (1mal Tibia-Exostosen, 1mal Taubheit der 9jährigen Tochter).

Hier waren im Uebrigen 9mal Erkältungen als Ursache anzugeben. — 8mal fanden sich Augenmuskellähmungen, 1mal Opticus-Atrophie.

Zieht R. nun das Gesammtresultat, so kommt es darauf an, ob man sich in Bezug auf die Lehre von der Syphilis auf den Standpunkt der Unitarier stellt oder nicht. Im ersten Falle würde R. unter seinen 49 Männern 31 Syphilitiker = 63,5 % zählen müssen. R. hält dies aber nicht für richtig, denn nur ein vorangegangenes Ulcus, ohne Folgeerscheinungen, bei Vorhandensein gesunder Kinder etc. beweise nichts.

Ist man demnach nicht Unitarier, so sind unter R.'s Fällen nur 36,7 %, und ganz sicher sogar nur 28,5 % Syphilitische, oder als mittlere Zahl hieraus 33,3 %.

Von sonstigen ätiologischen Momenten waren bei den 49 Männern nachzuweisen: Erkältung in 45 %, Trauma 2 %.

Augenmuskelstörungen fanden sich bei den Tabikern, die syphilitisch gewesen, eben so oft, wie bei den nicht syphilitischen; Opticus-Atrophie dagegen scheint bei syphilitischer Vergangenheit öfter vorzukommen.

Bernhardt: Ich verfüge über 125 Fälle von Tabes, bei denen die Vergangenheit in Bezug auf Syphilis genau erforscht ist. Ich habe zwei Berechnungen aufgestellt, je nachdem alle Fälle syphilitischer Infection im weitesten Sinne, also auch blosses Ulcus molle, mitgerechnet wurden, oder nur Fälle von Syphilis mit Secundärerscheinungen, also mit Ausschluss der Fälle von blossem Ulcus molle. Ich habe vier zeitlich aufeinanderfolgende Zusammenstellungen gemacht:

1) 67 Fälle von Tabes, darunter 40 % syphilitisch resp. 21 % (ohne Ulcus molle-Fälle).
2) 20 „ „ „ „ 60 % „ „ 45 % „ „ „ „
3) 26 „ „ „ „ 57,6 % „ „ 38,4 % „ „ „ „
4) 12 „ „ „ „ 83 % „ „ 83 % „ „ „ „

Im Durchschnitt also auf 125 Fälle 60 % resp. 46,8 %.

Ich habe nun auch einmal bei 100 anderen Kranken ohne Tabes (Tuberculosen) — mit Hülfe des Hrn. Dr. Perl — den Procentsatz der Syphilitischen ermittelt; er betrug, mit Ausschluss der Fälle von Ulcus molle, 26 %; ferner bei 25 Nervenkranken, die nicht Tabiker waren: hier betrug er 38,6 % resp. 23,6 (ohne Ulcus molle-Fälle).

Remak bemerkt noch, dass er niemals floride Erscheinungen von Syphilis bei Tabikern gesehen hat, was doch bei anderen Nervenkranken nicht selten vorkommt, z. B. bei Hemiplegikern. Im Ganzen scheine Hr. B. annähernd dieselben Resultate gehabt zu haben, wie er, besonders bei Weglassen der Fälle vor dem 20. Jan. 1880.

Bernhardt hat auch nur einmal floride Syphilis bei Tabes gesehen, Tibia-Exostosen, die sich nach Jodkalium verloren.

Westphal kann nicht umhin, auf einen Aufsatz von Hrn. Möbius im „Centralblatt für Nervenheilkunde" etc. hinzuweisen, in welchem derselbe 5 Frauen aufführt, die Tabes hatten und vorher syphilitisch gewesen waren: damit wolle Hr. Möbius die Erb'sche Auffassung stützen. In der That werde doch aber hiermit ganz und gar nichts bewiesen, denn W. könne mit Leichtigkeit 5 und sehr viel mehr Fälle von Tabes bei Frauen anführen, bei denen keine Syphilis vorherging. Ebensowenig sei eine so einseitige Zusammenstellung der einschlägigen Literatur, wie sie Hr. Möbius loco cit. gebe, bei relativ so geringer eigener Erfahrung, sachlich von irgend welchem Nutzen, vielmehr müsse man sich gegen solche Arbeiten entschieden verwahren. Auch bei multipler Sklerose (und anderen Nervenleiden) komme sehr häufig Syphilis vor, aber man dürfe doch nicht, weil wir sonst nicht viel von der Aetiologie wissen, nun allgemein Syphilis als Ursache dieser Leiden annehmen.

Was übrigens die multiple Sklerose betrifft, so möchte W. für diese wohl einmal eine umfassende ätiologisch-statistische Untersuchung anregen, denn er habe den Eindruck, dass hier die Syphilis wirklich oft eine ätiologische Rolle spiele.

Mendel spricht **über paralytischen Blödsinn bei Hunden** (cf. d. Ctrlbl. 1884. S. 229). Er demonstrirt die Organe zweier Hunde, von denen der eine vor wenigen Stunden mit centrifugal befindlichem Kopf, der andere mit in der Mitte des Tisches befindlichem Kopf gedreht worden war. In dem ersten Fall Tod nach circa 17 Minuten, hochgradige Hyperämie des Schädels, der Häute des Gehirns, der Kopf- und Nackenmusculatur, Anämie der Musculatur am unteren Theil des Rumpfs und der Beine. In dem zweiten Fall Tod nach 2 Minuten, exquisite Anämie all jener Organe, die sich an der Axe des Tisches befanden, Hyperämie der Musculatur am unteren Theile des Rumpfes und der Beine.

Sodann demonstrirt derselbe zwei Hunde, von denen der eine in einem weniger vorgerückten Stadium geistiger Schwäche mit paretischen Symptomen in den Hinterbeinen, der andere in einem vorgerückten Stadium des Blödsinns mit Paresen resp. Verlust des Lagegefühls der vorderen und hinteren Extremitäten, am Rumpf (Katzenbuckel), Nacken, Facialis sich befand.

Endlich zeigt er die pathologisch-anatomischen Befunde (durchgehende Verwachsung zwischen Schädel, Dura, Pia und Hirnrinde, chronische Arachnitis diffusa, Spinnenzellen und Kernentwickelung etc.). Hadlich.

IV. Bibliographie.

Sinnessjukdomar och abnorma sinnestillstånd, betraktade hufvudsakligen från rättsmedicinsk synpunkt af Prof. dr. Fredrik Joh. Björnström. Stockholm 1883. Konradsberg's boktryckeri. 8°. 96 och 106 S.

Das vorliegende Buch, das eine gedrängte, kurzgefasste, aber dabei doch eingehende und umfassende Darstellung der Geisteskrankheiten und abnormen Geisteszustände, hauptsächlich in Bezug auf ihre forensische Beurtheilung und Bedeutung giebt, gewinnt noch dadurch besonderes Interesse, dass es in der Stockholmer Irrenanstalt, deren Oberarzt Verf. ist, von Geisteskranken gesetzt und gedruckt ist in einer Druckerei, die Verf. zum Nutzen und zur Zerstreuung der Patienten angelegt hat und die schon wohlthätigen Einfluss auf den Gesundheitszustand verschiedener darin beschäftigter Pat. ausgeübt hat.

Nach einer historischen Uebersicht unterwirft Verf. die verschiedenen Kriterien der Zurechnungsfähigkeit einer eingehenden Kritik und stellt allgemeine Regeln für die Untersuchung der Geistesbeschaffenheit auf, für die Beurtheilung derselben genaue Individualisirung des gegebenen Falles betonend. Ferner bespricht er die verschiedenen körperlichen oder psychischen Zustände, welche eine Ausnahmestellung dem Gesetz und Recht gegenüber mit sich bringen; er theilt sie ein in solche, die auf mangelhafter Entwickelung (physiologisch oder normal: Minderjährigkeit, Alter — pathologisch oder abnorm: Idiotie und Kretinismus, Taubstummheit) beruhen, oder auf Geisteskrankheiten, Hirn-, Nerven- und anderen Krankheiten, Schlaf und Somnambulismus, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett oder auf pathologischem Affect. Für die Eintheilung der Geisteskrankheiten erscheint Verf. am zweckmässigsten ein auf die normale Anatomie und Physiologie gegründetes System, da die pathologische Anatomie zur Zeit noch nicht entwickelt genug und auch nicht geeignet zu diesem Zwecke sei. Dem System, das Verf. vorschlägt, liegt die Annahme der 3 anatomisch getrennten Regionen: Hirnrinde, centrale Hirnganglien an der Hirnbasis und centraler Theil des Rückenmarks mit ihren physiologischen Functionen zu Grunde. Danach entstehen folgende 3 Hauptordnungen: 1) die rein psychischen Functionen der Hirnrinde, Verstand und freier Wille; 2) die Functionen der Hirnganglien (?), Sensationen und Triebe, ein Mittelglied zwischen der 1. und 3. Ordnung und das Verbindungsglied zwischen beiden; 3) die Functionen des Rückenmarks, Gefühl und Bewegung (unbewusste), rein somatische Functionen mit treibenden Impulsen innerhalb der eigenen Sphäre (Reflexbewegungen) oder von den beiden höheren Sphären aus. Danach ergiebt sich folgende specielle Eintheilung der Geistesstörungen: A. Formen von allgemeiner Störung. a) Angeborene oder in früher Kindheit entstandene (Idiotie und Kretinismus). b) Erworbene: 1) mit Exaltation (typische Manie); 2) mit Depression (typische Melancholie); 3) wechselnde (Insania alternans, Folie circulaire); 4) mit Stumpfheit (Apathie) und zwar primäre acute (Dementia acuta), secundäre chronische (Dementia chronica), hierher gehört auch die Paranoia universalis secundaria; 5) mit Lähmung (Dementia paralytica). — B. Formen von partieller

Störung. a) In der Hirnrinde, partielle Störungen des Verstandes (Paranoia partialis, Ecnoia); primäre Verrücktheit (Paranoia, Ecnoia primaria), mit Exaltation (Paran., Ecn. maniaca), mit Depression (P., E. melancholica); secundäre partielle Verrücktheit (Paran. part. sec.). b) In den Hirnganglien, Störungen der Gefühle und Triebe: α) im Allgemeinen, mit Exaltation (Mania simplex, maniakalische Exaltation), mit Depression (Melancholia simplex, melancholische Verstimmung); β) krankhafte Affection besonderer Triebe und Gefühle: gesteigerte körperliche (viscerale) Empfindungen (Hypochondria simplex), gesteigerte religiöse Gefühle (Melancholia oder Monomania religiosa, Ekstase), gesteigerte moralische Gefühle (ethische Hyperästhesie, Zweifelsucht im 1. Stadium), herabgesetzte (abgestumpfte) moralische Triebe und Gefühle (ethische Verrücktheit, ethische Anästhesie, Insania moralis); γ) krankhafte Steigerung besonderer Triebe (soweit man sie von der Insania moralis und anderen Formen trennen will), impulsive Verrücktheit (hierher gehören Pyromanie, Kleptomanie, Mordmanie etc.). — Ausserdem noch Geisteskrankheiten als Complication somatischer Krankheiten (Syphilis, Apoplexie, Epilepsie, Hysterie, Alcoholismus und andere toxische Psychosen, Schwangerschaft, Wochenbett, Klimakterium, Typhus und andere fieberhafte Krankheiten etc., auch Dementia senilis). In einem ersten Anhange theilt Verf. eine Auswahl meist kurz skizzirter Fälle als Beispiele für die verschiedenen Formen von Geistesstörung mit, in einem zweiten, besonders paginirten die denselben entsprechenden Gutachten. Walter Berger.

V. Vermischtes.

Am 14. u. 15. Juni findet in Baden-Baden die IX. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Aerzte statt. Bis jetzt sind folgende Vorträge angemeldet: 1. Prof. Dr. Lichtheim (Bern): Ueber Degeneration des Herzmuskels bei Erkrankung des Nervus vagus. — 2. Geh. Hofrath Dr. Schüle (Illenau): Ein Fall von nervöser Dyspepsie. — 3. Prof. Dr. Jolly (Strassburg): Ueber Pseudobulbärparalyse. — 4. Prof. Dr. Manz (Freiburg): Ueber angeborne Anomalien des Auges in Beziehung auf psychische Abnormitäten. — 5. Prof. Dr. Hitzig (Halle a. S.): Ueber subnormale Temperaturen der Paralitiker. — 6. Prof. Dr. Fürstner (Heidelberg): Ueber Gliose der Hirnrinde. — 7. Prof. Dr. Binswanger (Jena): Beiträge zur patholog. Histologie der Dementia paralytica. — 8. Privatdocent Dr. Rumpf (Bonn): Thema vorbehalten. — 9. Prof. Dr. Moos (Heidelberg): Bemerkenswerthes Verhalten der Gehörfunction in einem Falle von Kleinhirntumor. — 10. Privatdocent Dr. Möbius (Leipzig): Ueber periodisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung. — 11. Prof. Dr. Wiedersheim (Freiburg): Besitzen die Fische einen Hirnmantel (Pallium) im Sinne der übrigen Wirbelthiere und des Menschen? — 12. Dr. Tuczek (Marburg): Mittheilung von Stoffwechseluntersuchungen bei abstinirenden Geisteskranken. — 13. Privatdocent Dr. Mommsen (Heidelberg): Experimentelles über Sehnenreflexe. — 14. Prof. Dr. Schultze (Heidelberg): Kleinere Mittheilungen: a) über traumatische Myelitis; b) über Deformitäten der Medulla spinalis. — 15. Dr. Rich. Schulz (Braunschweig): Neoplasma der Medulla spinalis mit Demonstration. — 16. Dr. Hühnerfauth (Bad Homburg): Ueber zwei Fälle von Halssympathicusaffection. — 17. Privatdocent Dr. Kast (Freiburg): Zur Pathologie der nervösen Gastrointestinalcrisen. — 18. Prof. Dr. Thomas (Freiburg): Ueber einen geheilten Fall von acut. Polyneuritis. — 19. Privatdocent Dr. Engesser (Freiburg): Ueber hysterische Jschurie. — 20. Privatdocent Dr. Kraepelin (München): Ueber Erinnerungstäuschungen. — 21. Privatdocent Dr. Witkowski (Strassburg): Ueber epileptische Anfälle. — 22. Prof. Dr. Erb (Heidelberg): Ueber einen Fall von Blutung in das Corpus callosum. — 23. Prof. Dr. Wille (Basel): Ueber das Verhältniss der Tabes zum Alcoholismus.

Im New York medical Journal wird von einer Morphiumsüchtigen berichtet, die täglich 5,5 Gramm Morphium sich injicirte. Symptome: Ausfallen der Haare, hartnäckige Obstipation, Anorexie, unregelmässiger Schlaf, Charakterveränderung und ein ziemlich erhebliches Sinken der Körpertemperatur.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 15. Juni. No. 12.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** 1. Einige Bemerkungen zu der Mittheilung von Dr. Bechterew und Rosenbach „über die Bedeutung der Intervertebralganglien" von **Schultze.** 2. Kurze Mittheilung über die bisherigen Versuche mit Paraldehyd in Stephansfeld von **Benda.**

II. Referate. Anatomie. 1. Zur Histiogenese des Rückenmarkes der Forelle von **Rohon.** — Experimentelle Physiologie. 2. Die centralen Organe für das Sehen und Hören bei den Wirbelthieren von **Munk.** 3. Ausschaltung des Lendenmarkweiss von **Ehrlich u. Brieger.** 4. Specifische Energie der Hautnerven von **Blix.** — Pathologie des Nervensystems. 5. Destruction of occipital lobe accompanied by blindness by **Hamilton.** 6. Obstruction de l'artère sylvienne gauche dans le cours de la fièvre typhoide: hémiplégie du coté droit, aphasie, par **Vulpian.** 7. Transitorische Aphasie bei Typhus abdominalis von **Kühn.** 8. Étude sur la sclérose en plaques cérébrospinale à forme de sclérose latérale amyotrophique par **Dejerine.** 9. A fatal case of concussion of the spinal cord by **Sharkey.** 10. Case of concussion and inflammation of spinal cord from gunshotwound of back by **Edmunds.** 11. Des accidents vertigineux et apoplectiformes dans le cours des maladies de la moelle épinière par **Giraudeau.** 12. Note sur un cas de paralysie radiculaire du plexus brachial par **Giraudeau.** 13. Des névralgies diabétiques par **Cornillon.** 14. Beiträge zur Epilepsie von **Ruhemann.** 15. Pseudohypertrophie und progressive Muskelatrophie bei Kindern von **Jakubowitsch.** — Psychiatrie. 16. Aliénation mentale consécutive à l'intoxication par le sulfure de carbone par **Voisin.** 17. Miryachit: a newly described disease of the nervous system and its analogues, by **Hammond.** 18. Di una forma speciale di nevrosi psicomotoria pel **Venturi.** 19. Contribuzione allo studio della così detta asfissia locale negli alienati del **Algeri.** 20. Le variazioni del diametro pupillare negli epilettici del **Musso.** 21. Un cas de dystrophie et de chute spontanée des ongles dans la paralysie générale progressive par **Régis.** — Therapie. 22. Constant watching of suicidal cases by **Savage.** 23. Rectal feeding and medication by **Mickle.** 24. De l'emploi de l'acide sclérotinique dans l'épilepsie par **Bourneville** et **Bricon.** — Forensische Psychiatrie. 25. Imbecillität, religiöse Melancholie, versuchter Giftmord des Kindes und versuchter Selbstmord von **v. Krafft-Ebing.**

III. Aus den Gesellschaften.

IV. Bibliographie.

V. Vermischtes.

I. Originalmittheilungen.

1. Einige Bemerkungen zu der Mittheilung von Dr. BECHTEREW und ROSENBACH „über die Bedeutung der Intervertebralganglien" in Nr. 10 dieses Blattes.

Von Prof. **Schultze** in Heidelberg.

Die Herren Dr. BECHTEREW und ROSENBACH haben in jüngster Zeit mehreren Hunden die Cauda equina durchschnitten.

Aus den entstandenen Folgen dieses Eingriffs schliessen sie, dass die Ganglienzellen des Rückenmarkes ihre trophischen Centren in den Intervertebralganglien haben, während man bis jetzt geglaubt hatte, dass dieselben in ihrer Ernährung auf sich selbst angewiesen wären. Dieses Untersuchungsresultat der genannten Experimentatoren ist so einschneidender Natur, widerspricht so sehr den sonst bekannten Thatsachen, dass eine nähere Erörterung der betreffenden Versuche wohl verzeihlich erscheint.

Weswegen machten die Herren Bechterew und Rosenbach ihre merkwürdigen Experimente?

Es lag nahe, sagen sie, anzunehmen, dass nach den ihnen bekannten Waller'schen Untersuchungen und den gleichartigen anderer Autoren, auch die intramedullären Fortsetzungen der sensiblen Wurzeln nach der Durchschneidung der hinteren Wurzeln beeinflusst werden würden.

Es lag dies in der That nahe anzunehmen, äusserst nahe. Es war sogar schon festgestellt.

Zwar halten Bechterew und Rosenbach die Experimente von Singer z. B. nicht für genügend. Aber warum in aller Welt nicht? Sie behalten ihre Gründe für sich. Durchschnitt nicht auch Singer die hinteren Wurzeln und zwar in sehr zweckmässig variirter Weise und erhielt regelmässig die schönste aufsteigende Degeneration in den zugehörigen intramedullären sensiblen Nervenfasern?

Es genügt aber eben nicht, nur einzelne Wurzeln zu durchschneiden; man muss die ganze Cauda equina durchschneiden. Sie enthält zwar auch nicht alle hinteren Wurzeln des Rückenmarkes; aber doch einen grossen Theil. Und je mehr man durchtrennt, desto besser. So wollen es die Herren Bechterew und Rosenbach.

Aber selbst die ausschliessliche Richtigkeit der B. und R.'schen Versuchsanordnung zugegeben, sind denn noch keine Fälle von completer und partieller Laesion der Cauda equina beim Menschen bekannt? Weiss man gar nichts über die Folgen dieses pathologischen Zustandes? Hat man nicht bereits die Projicirung der einzelnen sensiblen Wurzelfaserbündel, besonders diejenigen für die Unterextremitäten, auf den Querschnitt des Halsmarkes untersucht und studirt?

Und hat sich die Thatsache der bis zu den Clavae hinaufreichenden secundären Degeneration der Goll'schen Stränge nach Cauda-equina-Läsion auch für den Menschen nicht schon als ein ganz gesetzmässiges Ereigniss herausgestellt?

Aber es müssen Hunde sein, an welchen mit einem Messer eine ausgiebige Verwundung angelegt wird; dann handelt es sich um ein sogenanntes physiologisches Experiment. Wenn dagegen bei einem Menschen ein ganz analoges Trauma vorliegt, oder die Natur das noch viel einwurfsfreiere, wenn auch grausamere Experiment der Compression durch einen circumscripten Tumor anstellt, welcher die Fasern der Cauda equina allmählich völlig zur Vernichtung bringt, dann handelt es sich um werthlose Beobachtungen.

Das eine Resultat, welches die Herren Dr. Bechterew und Rosenbach bei ihren Versuchen erhielten, war gerade so neu, wie etwa die sonderbare That-

sache, dass gelegentlich weisse Blutkörper durch die Gefässwand schlüpfen. Sie fanden nämlich die bekannte aufsteigende Degeneration in den Hintersträngen. Allerdings nicht ausnahmslos. Bei einigen Fällen, wo die Thiere nur kurze Zeit nach der Operation am Leben geblieben waren, fehlte die Degeneration der Goll'schen Stränge ganz oder war nur schwach angedeutet.

Die Herren Experimentatoren können versichert sein, sie wäre auch in diesen Fällen gekommen, wenn sie nur etwas länger gewartet hätten; ihre ersten, schwer sichtbaren Anfänge waren auch vielleicht schon da.

Das andere Resultat ist wirklich neu. In der Lendenanschwellung auch der sehr früh verstorbenen Hunde fand sich ein diffuser degenerativer Process, Vacuolisirungen der Ganglienzellen; selbst ganze Ganglienzellengruppen waren vernichtet.

Aus diesem Befunde ziehen die genannten Autoren den oben erwähnten Schluss. Es müsste also auch bei jeder Querlaesion des Rückenmarkes, z. B. bei Compression, oberhalb der primaer afficirten Stelle, eine secundäre Degeneration der Ganglienzellen stattfinden, denn auch sie sind von den von unterhalb hinaufziehenden sensiblen Wurzelfasern und ihren Intervertebralganglien getrennt. Aber für gewöhnlich lässt sich beim Menschen nichts davon erblicken — Hunde untersuchte ich leider noch nicht darauf —; und ebensowenig ist klinisch etwas von einer degenerativen Muskelatrophie im Gefolge eines oberhalb der lädirten Partien stattfindenden Ganglienzellenschwundes zu bemerken.

Sonderbarerweise fand ich gelegentlich bei einem Falle von Compression des Dorsaltheiles durch ein Wirbelcarcinom in den weit entfernt liegenden Ganglienzellen des Lendenmarks ebenfalls Degenerationszustände, nämlich erhebliche Vacuolisirungen, ohne dass ich daraus zu schliessen wage, dass nun irgend welche Intervertebralganglien aufgehört hätten, diese Zellen zu ernähren, oder auch nur, dass durch die secundäre Degeneration der Pyramidenbahnen diese Veränderung bedingt wäre.

Die Herren Bechterew und Rosenbach haben vergessen, den Beweis zu führen, dass sie nicht direct durch das eingreifende Trauma die genannten Veränderungen hervorgerufen haben. Dieser strict geführte Beweis müsste jeder weiteren Schlussfolgerung vorangehen. So ist aber nicht einmal von der mikroskopischen Beschaffenheit der Meningen irgendwo die Rede. Die angegebenen Veränderungen in der grauen Substanz machen im übrigen durchaus den Eindruck von Folgezuständen traumatischer Einwirkungen in der Nähe der ursprünglichen Laesion.

Indessen ging den beiden Experimentatoren die sekundäre Veränderung in der grauen Substanz und sogar in den Seitensträngen doch in manchen Fällen etwas zu weit hinauf. Sie müssen sich deswegen zu der Einschränkung verstehen, es handle sich hier nicht um einen directen Einfluss der Ganglienabtrennung, sondern um einen „per contiguitatem fortschreitenden Process". Wo fängt denn nun aber dieser im übrigen dem primaeren durchaus gleichende Process an, sich per contiguitatem fortzusetzen oder durch Ganglienabtrennung zu entstehen? Sollte nicht am Ende auch schon der Degenerationsprocess in den

Ganglienzellen der Lendenanschwellung „per contiguitatem“ entstanden sein? Ein Unterscheidungsmerkmal zwischen den beiden angeblich verschiedenartigen Processen geben die Autoren nicht. Sollten sie keins gefunden haben?

Ich möchte es beinah glauben.

Inzwischen aber bleibt die alte Thatsache, dass die Ganglienzellen der grauen Substanz, wenigstens diejenigen der Vorderhörner, trophisch von den Intervertebralganglien unabhängig sind, durchaus bestehen.

Kurze Mittheilung über die bisherigen Versuche mit Paraldehyd in Stephansfeld.

Von Dr. **Th. Benda.**

In Stephansfeld wurde der Paraldehyd vom September v. J. bis zum März d. J. in 34 Fällen gegen Schlaflosigkeit in Anwendung gezogen. Die Fälle rekrutirten sich aus den verschiedensten Irreseinsformen. Die Männer waren bisher nur in sehr kleiner Anzahl vertreten, nur bei 12 haben wir den Paraldehyd versucht. Die niedrigste Dosis war 2,0; die höchste, zu der wir aufstiegen, war 8,0.

Von den 12 Männern hatten 11 früher schon Narcotica erhalten und zwar theils Morphiuminjectionen, theils Opium bis zu 0,5 pro die, theils Chloral, theils Bromkali. Bei den Wenigsten war überhaupt von einem Erfolg die Rede gewesen, bei Einigen konnte ein vorübergehender oder wechselnder constatirt werden. Bei der Anwendung des Paraldehyd beobachteten wir Folgendes: Bei 4 Kranken wurde durch 4,0 ein ruhiger Schlaf erzeugt. Es waren dies 2 Maniaci (der eine litt an periodischer Manie), 1 chronisch Verrückter und einer hatte circuläres Irresein. Bemerkenswerth war, dass bei letzterem sehr bald die Depression eintrat, dass der Maniacus entschieden ruhiger und dass der periodische Kranke sogar Reconvalescent unter der Kur wurde. Dieser hatte nie zuvor Narcotica erhalten. In einem anderen Fall, bei einem sehr unruhigen Verrückten, wurde durch 6,0 ein ruhiger Schlaf erzielt, ohne dass indessen auf die Psychose selbst irgend welcher Einfluss ausgeübt wurde.

Bei den übrigen 7 Kranken (darunter 2 Paralytiker), bei denen theilweise bis auf 8,0 gestiegen wurde, war die Wirkung entweder höchst unsicher und wechselnd, oder = 0; in einem Falle war der Schlaf durch Träume noch mehr gestört, als früher. In 2 Fällen rief das hinsichtlich des Schlafes völlig wirkungslose Mittel auch noch eine stärkere Unruhe bei Tage hervor.

Bei den Frauen wurde das Paraldehyd in 22 Fällen in Anwendung gezogen. Hier waren die Fälle meist nicht so rein als bei den Männern, über die Hälfte betraf secundäre Zustände. Bei 12 waren vorher schon Narcotica versucht worden und zwar vorzugsweise in Gestalt von subcutanen Morphiuminjectionen entweder mit sehr mässigem oder, und dies zumeist, mit gar keinem Erfolge. Bei einer Pat. war auch eine Opiumkur, jedoch ganz ohne Erfolg, vorgenommen worden. — Auch hier war, wie bei den Männern, die niedrigste Dosis 2,0 und die höchste 8,0.

Das Resultat war Folgendes: In 12 Fällen wurde während der ganzen Dauer der Anwendung ein ruhiger Schlaf erzielt. Und zwar hatte man in den meisten Fällen nicht nöthig, 4,0 zu überschreiten. In einem besonders bemerkenswerthen Falle musste man sogar von 4,0 auf 2,0 zurückgehen, um einen dauernden Erfolg verzeichnen zu können. — In 7 anderen Fällen wurde zwar auch ein ruhiger Schlaf mit Sicherheit constatirt, indessen war die Wirkung eine sehr wechselnde oder schnell vorübergehende, und man musste sehr bald erfolglos zu immer höheren Dosen übergehen. In einem Falle, einer ganz frischen Manie, fehlte die Beurtheilung der Wirkung, da Pat. dem Einnehmen solche Schwierigkeiten entgegensetzte, dass das Meiste verschüttet wurde. In 2 Fällen endlich wurde absolut keine Wirkung erzielt.

Die Wirkung auf das psychische Verhalten während des Tages war eine äusserst beschränkte. In 14 Fällen konnte von gar keiner Wirkung gesprochen werden. In 2 Fällen waren die Pat., welche sich Nachts eines ruhigen Schlafes erfreuten, bei Tage viel unruhiger, als vor der Anwendung des Mittels. In den übrigen Fällen schien es, als wenn die Pat. gehaltener waren; und in einem Falle wurde sogar durch 2,0 schon der psychische Zustand entschieden günstig beeinflusst. Pat., welche sich vorher in sehr gereizter Stimmung befunden hatte, verhielt sich den ganzen Tag über ruhig.

In allen Fällen wurde die Medicin $^1/_2$—$1^1/_2$ Stunden nach dem Nachtessen verabreicht. Wir gaben den Paraldehyd anfangs in Oel, sehr bald aber, da den Kranken und namentlich den Frauen das Oel zuwider war, in Wein gelöst. Es wurde zuerst dazu Bordeaux genommen, später aus ökonomischen Rücksichten der gewöhnliche weisse Landwein. — In der Mehrzahl der Fälle wurde die Medicin nicht ungern, in vielen Fällen sogar gern von den Kranken genommen. Der Schlaf trat meist nach sehr kurzer Zeit ein, meist schon nach spätestens $^1/_4$ Stunde.

Unangenehme Nebenwirkungen beobachteten wir bei den Männern gar nicht, dagegen einige Male bei den Frauen. Bei einer Pat. trat nach dem Einnehmen ein leichter Brechreiz auf, bei einer anderen wurde stets Husten und Beklemmung beobachtet, und aus diesem Grunde musste die Medicin auch ausgesetzt werden; bei einer dritten Pat. — dieselbe hatte einen Hirntumor — wurde die Schwere und die Benommenheit des Kopfes, welche den Gegenstand ihrer Hauptklagen bildeten, noch mehr gesteigert. Eine andere Pat. behauptete, dass sie ein starkes Schwindelgefühl verspürte, eine andere klagte darüber, dass ihr sehr heiss würde, und eine Pat. endlich nässte seit dem Gebrauch der Medicin regelmässig in's Bett. Die Tiefe des Schlafes war eben eine derartige, dass das Gefühl der gefüllten Blase unter der Schwelle des Bewusstseins blieb.

Dass ein grosser Theil des Paraldehyds durch die Lungen ausgeschieden wird, ist wohl mit Sicherheit anzunehmen. Fast bei allen Kranken hatte und zwar noch am anderen Morgen die Respirationsluft einen intensiven Geruch nach Paraldehyd. In einigen Fällen und zwar bei Pat., welche die Nacht in der Zelle, also in einem relativ kleinen Raume zugebracht hatten, war die Zellenluft vollkommen mit Paraldehyd geschwängert. Manchmal wurde auch

von den Schwestern der Abtheilung — ich konnte mich persönlich nie davon mit Sicherheit überzeugen — im Urin ein Paraldehydgeruch wahrgenommen. Wird der Paraldehyd durch die Nieren ausgeschieden, so geschieht dies jedenfalls in sehr geringen Mengen. Während es mir sonst gelang, den Paraldehyd nach Analogie der Aldehyde durch Argentum nitricum und das Auftreten des Silberspiegels sogar in einer Verdünnung nachzuweisen, die nur noch $^1/_{10}$ % Paraldehyd enthielt, gelang mir dies kein Mal im Urin der Pat., welche am Abend vorher Paraldehyd genommen hatten. Selbstverständlich wurde zur Untersuchung der erste Urin genommen. Dass die Pat. am Abend und in der Nacht so wenig als möglich zu trinken erhielten, brauche ich wohl nicht zu erwähnen. Einige Male wurde der Urin destillirt und das Destillat untersucht. Der Erfolg war gleichfalls ein negativer.

Ich behalte mir vor, später darüber noch genauere Untersuchungen anzustellen, auch die anderen Reagentien der Aldehyde in Anwendung zu ziehen, was ich bisher zu thun keine Gelegenheit genommen habe.

Der Appetit blieb in der grossen Mehrzahl der Fälle völlig unbeeinflusst. In einigen Fällen hob er sich entschieden, niemals wurde er verringert. Beiläufig will ich erwähnen, dass die bei den Männern vorgenommenen Gewichtsbestimmungen im Verlauf von 3 Monaten eine Zunahme des Körpergewichtes um 2—3 Kilo durchschnittlich ergaben. Daraus aber zu schliessen, dass das Paraldehyd die Ursache dieser Zunahme sei, würde voreilig sein.

Schliesslich bleibt mir noch mitzutheilen, dass wir in zwei Fällen den Paraldehyd, freilich ohne jeden Erfolg, auch subcutan injicirt haben und zwar theils rein, theils mit Olivenöl zu gleichen Theilen gemischt. Die injicirte Menge betrug 1,0. Zu Abscedirungen kam es nicht, indessen war an der Injectionsstelle die Haut und deren Umgebung längere Zeit ziemlich schmerzhaft. Auch bei der Einspritzung wurde und sogar von einem völlig verblödeten Paralytiker, der lange Zeit schon kein Wort mehr gesprochen hatte, über ein lebhaftes Brennen geklagt. Wir nahmen von weiteren Versuchen Abstand, weil wir bei der zweiten Injection einen heftigen Collaps unmittelbar nach der Einspritzung beobachteten.

Aus dem Mitgetheilten ergiebt sich, dass der Paraldehyd in vielen Fällen gewiss mit Erfolg angewandt werden kann. Freilich ist andererseits die Gewöhnung an das Mittel eine ziemlich starke, und man muss zu immer höheren Dosen aufsteigen, um einen Erfolg zu erzielen, bis auch ein solcher schliesslich illusorisch wird. Dasselbe beobachten wir indess bei allen Mitteln. Der Paraldehyd hat aber vor den bisher angewandten Narcoticis, in erster Linie vor dem Chloral und dem Morphium das voraus, dass er viel unschädlicher ist. Selbst bei 8,0 haben wir, abgesehen von den bei den Frauen angeführten, mehr unangenehmen als wirklich nachtheiligen Nebenwirkungen, nie etwas gesehen, was uns hätte auffordern können, bei dem Mittel mit der Vorsicht zu verfahren, wie sie bei Chloral oder Morphium angebracht ist. Chloral und Morphium sind unberechenbar in ihrer Wirkung, schon kleine Dosen können unter Umständen, die aber ausserhalb unserer Berechnung liegen, wie ja bekannt ist, höchst

gefährliche Nebenwirkungen erzeugen. Ich bin überzeugt, man wird noch viel höhere Dosen versuchen können; freilich wird der Organismus sich auch an diese gewöhnen. Ein Hauptvortheil des Paraldehyd ist aber der, dass er den Appetit nicht herabsetzt; in manchen Fällen ihn sogar erhöht. — Die Einwirkung auf den psychischen Zustand ist höchst problematisch. In der grossen Mehrzahl der Fälle haben wir gar nichts gesehen, einige Male wurde die Unruhe gesteigert. Soll man es nun dem Paraldehyd zuschreiben, dass unter den Männern in einem circulären Falle sehr bald die Depression eintrat, oder dass ein Maniacus ruhiger und ein periodischer Maniacus Reconvalescent wurde? Es ist möglich, dass die grössere Nachtruhe, welche durch Paraldehyd in diesen Fällen erzielt wurde, mit dazu beigetragen hat, die Erregung der Patienten herabzusetzen. In einem Falle wurde bei den Frauen sicherlich der psychische Zustand günstig beeinflusst.

Indem ich zum Schluss Herrn Director Stark für die freundliche Ueberlassung des Materials meinen Dank abstatte, hoffe ich, dass in Zukunft der Paraldehyd weiterer Versuche für würdig befunden wird.

II. Referate.

Anatomie.

1) **Zur Histiogenese des Rückenmarkes der Forelle** von Victor Rohon. (Sitzungsberichte der k. bayer. Akad. d. Wissensch. 1884. H. I.)

An Objecten einer wohl conservirten Entwickelungsreihe von Forellen-Eiern und Embryonen aus der Sammlung des Münchener histologischen Laboratoriums machte Verf. seine Untersuchungen. Er fand am 60. Tage der Entwickelung das Rückenmark als runden, nur ventralwärts leicht concaven Strang. Um den etwas mehr nach der Bauchseite zu gelegenen Centralkanal gruppirte sich auf dem Querschnitte die zellenreiche Anlage der grauen Substanz, umgeben von der Markschicht. Diese letztere umgiebt jedoch auf der Dorsalseite die graue Substanz nicht vollständig, sondern lässt sie hier an die Oberfläche treten.

An dieser Stelle nun beobachtete R. rechts und links von der Mittellinie auffallend grosse Ganglienzellen, welche — das Rückenmark als Ganzes betrachtet — jederseits eine von Kopf zum Schwanzende laufende Längsreihe bilden. Die einzelnen Zellen sind übrigens nicht regelmässig symmetrisch, sondern meistens alternirend angeordnet.

Zwischen Epithel des Centralkanals und der Marksubstanz liegen kleine Ganglienzellen, ventralwärts jederseits ein Vorderhorn bildend; dorsalwärts ist die graue Substanz nicht in Hörner geschieden und zeigt zwischen Centralkanal und Oberfläche in der Mitte eine Schicht quergerichteter Zellen und Fasern: die Commissura posterior.

R. richtet nun seine Aufmerksamkeit besonders auf die grossen Ganglienzellen, die er als „Reissner'sche Zellen" bezeichnet wissen will, da Reissner die analogen Bildungen bei Petromyzon zuerst genau beschrieben hat, während Kutschin, Freud, Ahlborn sie später wiederholt untersuchten, Stieda aber sie bei Amphioxus aufgefunden hat.

Verf. beschreibt, dass er sie auch am Rückenmark der ausgewachsenen Forelle gefunden zu haben glaubt.

Im Forellen-Ei treten die Reissner'schen Zellen schon am 40. Entwickelungstage

auf, früher als irgend welche andere Ganglienzellen am Rückenmark und Gehirn. Es finden sich also die ersten erkennbaren Nervenzellen im sensiblen Gebiet. — Ihre lateralen Fortsätze hängen wahrscheinlich mit den dorsalen Rückenmarkswurzeln zusammen; doch nehmen an der Bildung der dorsalen Wurzeln auch Fortsätze der kleinen Zellen der grauen Substanz Theil. Hadlich.

Experimentelle Physiologie.

2) Ueber die centralen Organe für das Sehen und Hören bei den Wirbelthieren von Hermann Munk. (Sitzungsber. d. Akad. d. Wissensch. in Berlin. 1884. XXIV.)

Verf. setzt in der vorliegenden Arbeit seine Mittheilung vom 12. Juli 1883 fort,[1] und zwar über Experimente, die er, mit Rücksicht auf abweichende neuere Beobachtungen an den betreffenden Thieren, an Kaninchen, Meerschweinchen und Ratten ausgeführt hat. Da bei diesen niederen Säugethieren aber die Intelligenz sehr gering ist, so konnte es sich bei ihnen nur um Totalexstirpationen des ganzen Grosshirns handeln, d. h. der Hemisphären mit den Corpora striata; Thalam. optic. und Corp. quadrigem. wurden sorgfältig geschont.

M. giebt zunächst über seine Operationsmethode und über die bei derselben auftretenden Störungen — in Folge deren er nur bei 20—30 % aller Operirten ganz gelungene Resultate erzielte — genaue Auskunft.

In solchen gelungenen Fällen, wo Nachblutungen etc. ausblieben, erhielt Verf. die Kaninchen 50 Stunden, die Meerschweinchen und Ratten bis 90 Stunden am Leben; länger überlebte keins der Thiere die Operation. Nicht etwa dass sie, wie man wohl gesagt hat, verhungerten, denn der Magen enthielt oft noch bei der Section Speisereste; sondern sie starben, abgesehen von den Nachblutungen, in Folge der secundären Gehirnerscheinungen, Entzündung, Erweichung etc.

In den gelungenen Fällen nun beobachtete M. vom Ende der Operation an bis zum Tode 3 auf einander folgende Stadien in dem Verhalten der grosshirnlosen Thiere:

1) Erschöpfungsstadium: unbewegliches Liegen in jeder beliebigen Lage, 1 bis $1^1/_2$ Stunden lang.

2) Ruhestadium: das Thier nimmt eine ruhige hockende Stellung ein, macht selten eine geringe Bewegung mit einem Beine, dem Kopfe, den Ohren, oder blinzelt mit den Augen, bewegt sich auch hin und wieder etwas von der Stelle (Reflexbewegungen).

So einige Stunden lang. Dann kommen stossende, rasche Exspirationen mit einem Niesegeräusch oder einem kurzen hohen Tone, und nachdem diese Exspirationen häufiger und heftiger geworden sind, tritt

3) das Laufstadium ein. Selten gerade aus, meist in Kreisen oder Spiralen läuft das Thier anfangs einige Schritte, und hockt dann wieder still. Nach und nach werden dann die Pausen kürzer, die Laufbewegungen andauernder und heftiger, kaum noch von Pausen unterbrochen. Dann nimmt die Bewegung an Dauer und Stärke wieder ab, die Pausen nehmen wieder zu, endlich fällt das Thier plötzlich um, richtet sich aber, und auch mehrmals nach wiederholtem Umfallen wieder auf, bis es unter heftiger Dyspnoe, zuletzt nur noch heftigster Kopfdyspnoe, stirbt.

Die abweichenden Angaben Anderer (Schiff und Christiani) über das Verhalten dieser niederen Säugethiere nach ihrer Enthirnung erklärt M. daraus, dass diese Forscher entweder nur einzelne Stadien, z. B. nur das Erschöpfungs- oder nur das Ruhestadium, beobachteten, wie ja dann der früher oder später eintretende Tod das Gesammtbild modificirt; oder dass sie die Beobachtungen nicht richtig deuteten.

[1] Cf. dieses Centralbl. 1883. S. 483.

Nach M.'s Auffassung entspricht nur der Zustand dieser niederen Säugethiere im Ruhestadium dem dauernden Zustande anderer Thiere, z. B. der Tauben, nach der Abtragung des Grosshirns, wie er allgemein beschrieben wird. Bei dieser Auffassung haben wir hier wie dort die gleichen Erscheinungen, die gleichen Folgen der Operation. — Während aber dieser Zustand bei der Taube constant bleibt, treten bei den niederen Säugethieren sehr bald Reizzustände von der Wunde aus ein, welche anfangs die heftigen Exspirationen (nach Schiff Reizung einer zwischen dem Corp. striat. und Thalam. optic. gelegenen Stelle), dann die Laufbewegungen etc. hervorrufen. In manchen Fällen beobachtet man ja auch bei Vögeln Aehnliches.

Renzi und zum Theil auch Schiff hatten diese Verhältnisse im Allgemeinen schon richtig gedeutet, und die auftretenden Laufbewegungen etc. wie M. aufgefasst, nämlich als von den Wundreizen bedingte Zwangs- und Reflexbewegungen. — Wenn dem gegenüber Christiani die Thiere nach der Operation im Allgemeinen ebenso fand, wie nicht enthirnte, so erklärt M. dessen Auffassungen für irrthümlich und erläutert dies in eingehender Weise.

Die genaue Erörterung des Gesammtverhaltens der operirten Thiere hielt M. für die richtige Beurtheilung ihres Sehvermögens für nothwendig.

Was nun dieses letztere betrifft, so sind nach M. die des Grosshirns beraubten niederen Säugethiere ganz bestimmt vollkommen blind: sie stossen an alle Hindernisse auf ihrem Wege an, fallen vom Tische, zeigen ausser der Pupillenreaction nicht die geringste Beeinflussung durch schroffen Wechsel von grellem Licht und Finsterniss.

Auch hier seien Christiani's gegentheilige Behauptungen irrthümliche und beruhten auf ungenauen Beobachtungen. Und die von Strassburg aus angekündigte Arbeit, durch welche Christiani's Angaben bestätigt werden sollten, lasse nun schon seit 3 Jahren auf sich warten.

M. hat übrigens zur Controle den enthirnten Thieren nachträglich noch die Augen zerstört, und hiernach das Verhalten derselben in nichts verändert gefunden.

Da die operirten Kaninchen, Meerschweinchen und Ratten stets nach 2—4 Tagen sterben, so lässt sich über den dauernden Erfolg der Abtragung des Grosshirns direct nichts ermitteln. Es darf jedoch wohl angenommen werden, dass die Blindheit eine bleibende ist: „wie bei den höheren Säugethieren und den Vögeln, so sind auch bei den niederen Säugethieren alle centralen Vorgänge des Gesichtssinnes an das Grosshirn geknüpft."

Moeli's, von Monakow's und von Gudden's Arbeiten, sowie Beobachtungen von M. nach halbseitigen und partiellen Exstirpationen lassen erkennen, dass beim Kaninchen auch die Lage der Sehsphären und ihre Verbindung mit beiden Retinae derjenigen beim Hunde analog ist. Hadlich.

---

3) **Ueber die Ausschaltung des Lendenmarkweiss.** (Aus dem Laboratorium der I. med. Universitätsklinik des Hrn. Geh.-Rath Prof. Dr. v. Frerichs.) Von Prof. Ehrlich und Prof. Brieger. Erste Mittheilung. (Ztschr. f. klin. Med. 1884. Bd. VII. Suppl.-H.)

Verf. suchten experimentell zu prüfen, welche Veränderungen das Absterben der motorischen Ganglienzellen des Rückenmarks in den von ihnen versorgten Gebieten hervorrufe. Sie schlugen zu diesem Zweck den Weg ein, durch den Stenson'schen Versuch, Umstechung der Aorta, eine anämische Necrose der grauen Substanz eines bestimmten Rückenmarkabschnittes zu erzeugen, was durch Liegenlassen der Ligatur durch genügend lange Zeit gelang. Die Annahme, dass es möglich sein würde, auf dem Wege der künstlichen Anämie die functionsauslösenden Theile — graue Substanz — zu ertödten, die Leitungsbahnen intact zu erhalten, bestätigte sich in diesen Versuchen. Lag die Ligatur kürzer als $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden, so erlangten die Versuchsthiere die Gebrauchsfähigkeit der hinteren Extremitäten wieder, dauernde

Lähmung resultirte dagegen, wenn die Unterbrechung der Circulation über 1 Stunde gedauert hatte. In den Genesungsfällen traten nach Lähmung der Ligatur heftige Reizerscheinungen, clonisch-tonische Zuckungen der Hinterextremitäten ein, die offenbar von Reizung der Zellen des Lendenmarks abhängig waren. Bei gelungener Operation und bleibender motorischer und sensibler Lähmung der Hinterextremitäten, der Blase und des Mastdarms bemerkte man nur stundenlang andauernde flimmernde Bewegung der Lumbarmusculatur. Die Thiere wurden bei genügender Sorgfalt bis zu $6^1/_2$ Wochen am Leben erhalten und boten zunächst das Bild der acuten diffusen Myelitis. Die Blase war stets dilatirt und bot schon am 4. Tage deutliche Hypertrophie der Wandungen dar, die nicht anders denn als Folge der andauernden und excessiven Ueberdehnung aufgefasst werden kann.

Die Lähmung der Hinterextremitäten, die in der ersten Zeit eine schlaffe ist, beginnt sich nach 12 Tagen mit Beugecontractur zu compliciren, die zur totalen Fixation der Gelenke führt. Mit der Contractur tritt deutliche Atrophie der Muskeln ein, die nach $6^1/_2$ Wochen mit bindegewebiger Entartung verbunden war. Den Charakter der Flexionscontractur erklären Verf. durch das „Uebergewicht der Beugemuskeln."

Verff. haben auch zu verschiedenen Zeiten die elektrische[1] Erregbarkeit der Nerven und Muskeln geprüft. Während des Liegens der Ligatur und 24—36 Stunden nach der Lähmung fanden sie den Nerven völlig erregbar. 3 bis spätestens 4 Tage nach Lösen der Ligatur wurde der Nerv für immer unerregbar, während der Muskel, so lange die schlaffe Lähmung bestand, noch immer elektrisch und mechanisch erregbar blieb. Verff. bringen diese Verhältnisse in Parallele mit dem Verhalten des Nerven nach Durchschneidung des Stammes.

Die mikroskopische Untersuchung liess schon in den ersten Tagen tiefgehende Destruction der grauen Substanz des betreffenden Rückenmarksabschnitts erkennen; in der 2. Woche war sie bis auf kleine Reste von einem zellenreichen Bindegewebe substituirt, die Ganglienzellen vollkommen untergegangen. Auch in der weissen Substanz zeigten sich in der 2. Woche degenerative Vorgänge, die im weiteren Verlauf an Intensität und Verbreitung zunahmen. Ausgedehnte Degeneration im Vorderseitenstranggebiet fand sich bei dem nach $6^1/_2$ Wochen getödteten Thier, während die Hinterstränge mit Ausnahme ihrer Kuppe wohlerhalten waren. Die vorderen Wurzelbündel vollständig entartet, die hinteren Wurzeln ganz intact, ebenso die Spinalganglien.

Verff. betrachten die Veränderungen der weissen Substanz als secundäre Degenerationen hauptsächlich der kurzen Faserbahnen; eine genauere topographische Angabe wird in Aussicht gestellt. Das Unversehrtbleiben der Hinterstränge bringen sie in Zusammenhang mit der Integrität der Spinalganglien, als des Ernährungscentrums sensibler Fasern. Nach ihren Ergebnissen, deduciren Verff., sei es nicht mehr gestattet, Degenerationsprozesse sensibler Nerven auf Läsionen der grauen Rückenmarkssubstanz zurückzuführen; ferner könnten die supponirten „trophischen Centren" nicht im Lendenmarkgrau ihren Sitz haben. Eisenlohr.

---

4) Experimentelle Beiträge zur Lösung der Frage über die specifische Energie der Hautnerven von Magnus Blix. Aus dem physiolog. Inst. zu Upsala. Erste Abhandlung. (Ztschr. f. Biologie. Bd. XX. S. 141.)

Wenn das Joh. Müller'sche Gesetz der specifischen Sinnesenergien richtig ist, d. h. wenn ein erregter Sinnesnerv, unabhängig von der Beschaffenheit des Reizmittels, nur eine einzige Art von Empfindungen hervorruft, so ist es klar, dass nicht ein

[1] Es handelt sich wohl immer um die faradische Erregbarkeit, was die Verff. nicht speciell hervorheben.

und derselbe Nerv die beiden verschiedenen Temperaturempfindungen vermitteln, seine Erregung nicht das eine Mal die Empfindung des Kalten, das andere Mal die des Warmen hervorrufen kann. Es müssen vielmehr für Wärme- und Kälteempfindung gesonderte Nerven und Nervenendorgane existiren. Dass dies in der That wahrscheinlich der Fall ist, hat Verf. auf doppeltem Wege nachgewiesen. Er findet nämlich, dass elektrische Reizung mit einem schwachen faradischen Strom nicht an allen Hautstellen die gleiche Empfindung bewirkt, sondern dass vielmehr an der einen Stelle Schmerz, an der andern Kälteempfindung, an einer dritten Wärmeempfindung, an einer vierten möglicherweise Druckempfindung entsteht.

Es ist ihm ferner mittelst eines einfachen, aber sinnreichen Apparats (eines hohlen Neusilberstiftes, durch den nach Belieben kaltes oder warmes Wasser geleitet werden kann), der Nachweis gelungen, dass sowohl die Kälte- als auch die Wärmeempfindung nur von gewissen, verhältnissmässig zerstreuten scharf, begrenzten Punkten der Haut ausgelöst wird, während die zwischenliegenden Theile der Haut für diese Reizmittel unempfindlich sind.

Es sind ferner diejenigen Punkte, an denen Wärme empfunden wird, ganz andere, als diejenigen, welche die Kälteempfindung vermitteln.

Nur ausnahmsweise liegen Kalt- und Warmpunkte so nahe aneinander, dass die beiden entgegengesetzten Temperaturempfindungen von derselben Hautstelle ausgelöst werden können. Irgend eine Regelmässigkeit in der lokalen Anordnung der verschiedenen Nervenapparate scheint nicht zu bestehen. A. Blaschko.

Pathologie des Nervensystems.

5) **Destruction of occipital lobe accompanied by blindness** by D. J. Hamilton. (Brain. 1884. April p. 89—98.)

Die durch den Titel erweckte Erwartung, in dem ausführlich beschriebenen Falle von Epithelialcarcinom (von der Grösse einer Billardkugel) des linken Hinterhauptlappens eine Bestätigung der Localisation des Sehvermögens zu finden, wird dadurch völlig getäuscht, dass sowohl intra vitam von Argyll Robertson beiderseitige Neuritis optica bei auf das äusserste erweiterten Pupillen als post mortem makroskopisch Atrophie der Papillen und mikroskopisch starke Verdickung und Kernwucherung der Bindegewebsscheiden der Sehnerven bei theilweiser Atrophie der Nervenfasern constatirt wurde.

Eine 36jähr. Frau war 6 Monate vor dem Tode an Uebelkeit, Erbrechen erkrankt, später Kopfschmerzen, Anfälle von Bewusstlosigkeit, dann Verlust des Sehvermögens; nebenher Lungenerscheinungen (Dämpfung der Spitzen und Bronchialathmen). Keine Lähmungserscheinungen und Sensibilitätsstörungen. Die Kranke war mit angezogenen Beinen bettlägerig.

Die Obduction ergab Cavernen der Lungen mit carcinomatösen Wandungen und dem bereits erwähnten wahrscheinlich metastatischen Tumor des linken Hinterlappens des Gehirns, welcher denselben ersetzte, ohne den Schläfelappen zu betheiligen. Auch die mikroskopische Untersuchung bestätigte die völlige Zerstörung der grauen und weissen Substanz des linken Hinterlappens. Verf. hat mit besonderer Sorgfalt auf etwaige secundäre Degenerationen der Sehstrahlungen vigilirt und in der That in der Mitte der gemeinsamen aus den aufgezählten Bündeln sich sammelnden Endsehstrahlung in der Ausdehnung von etwa $1^1/_2$ Zoll unmittelbar vor dem vorderen Rande des Tumors schon mit blossem Auge Degeneration gefunden, welche er aber als rein entzündliche in der Continuität fortgepflanzte und nicht als secundäre im engeren Sinne auffasst, da sie weiter nach vorn sich nicht verfolgen liess. Verf. enthält sich jeglicher Epikrise des Falles. E. Remak.

---

6) **Obstruction de l'artère sylvienne gauche dans le cours de la fièvre typhoide: hémiplégie du coté droit, aphasie,** par M. Vulpian. (Revue de médecine. 1884. Février p. 162.)

Ein 17jähr. Ofensetzer wurde am 23. Tage eines mittelschweren Typhus plötzlich von rechtsseitiger Hemiplegie und totaler Aphasie befallen, so dass er nur noch einzelne Silben, wie „oui", „non", „ka" hervorbringen konnte. Ein Jahr später war noch kaum eine nennenswerthe Besserung der Sprache und der Lähmung des rechten Arms eingetreten, während die Beweglichkeit des Beins wieder so weit hergestellt war, dass Patient mit Mühe allein gehen konnte. Von Einzelnheiten ist zu erwähnen, dass festgestellt wurde, wie das Nagelwachsthum an der gelähmten Hand viel langsamer vor sich ging, als an der gesunden. — V. betont die Seltenheit der Hemiplegie im Verlaufe des Typhus und nimmt als Ursache derselben eine Embolie der Art. fossae Sylvii an. Strümpell.

---

7) **Ueber transitorische Aphasie bei Typhus abdominalis.** Freiburger Inaug.-Dissertation von Dr. R. Kühn. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXXIV. S. 56.)

Ein 8jähr., vorher körperlich und geistig gesunder Knabe, wird am Ende der ersten Woche eines sehr schweren Typhus von totaler amnestischer Aphasie befallen. Gleichzeitig schwerer geistiger Verfall. Nach 4 Wochen Wiederkehr des vollen Verständnisses für Gesehenes und Gehörtes, aber noch andauernde völlige Sprachlosigkeit, welche erst nach weiteren 3 Wochen ziemlich plötzlich verschwindet. Zu derselben Zeit auch eine vorübergehende deutliche Ataxie der Beine. Schliesslich völlige Heilung. — Die Abhandlung enthält eine ausführliche Zusammenstellung aus der Litteratur über das Vorkommen transitorischer Aphasie bei acuten Krankheiten. Strümpell.

---

8) **Étude sur la sclérose en plaques cérébrospinale à forme de sclérose latérale amyotrophique** par J. Dejerine. (Revue de médecine. 1884. Mars p. 193.)

Die multiple Sklerose zeigt bekanntlich nicht selten in ihrem klinischen Verlaufe Abweichungen von dem klassischen, durch Charcot allgemein bekannt gewordenen Krankheitsbilde. Zu diesen aussergewöhnlichen Verlaufsarten (formes frustes) fügt D. eine neue hinzu, indem er einen Fall mittheilt, welcher klinisch dem Bilde einer amyotrophischen Lateralsklerose entsprach, während die Section eine multiple Sklerose des Rückenmarks, des verlängerten Marks und des Gehirns ergab.

Die betreffende Kranke war eine 46jähr. Frau, deren Leiden mit einer allmählich zunehmenden Lähmung der Beine begann. Bei der Untersuchung ergab sich eine fast vollständige Lähmung aller vier Extremitäten mit sehr starken Contracturen und hochgradiger Atrophie der gelähmten Muskeln. Die Sehnenreflexe waren sehr gesteigert; die Sensibilität verhielt sich völlig normal, ebenso die Sphincteren. Etwa 4 Jahre nach Beginn der Krankheit Auftreten bulbärer Symptome: erschwerte Sprache und Risus sardonicus. Einige Monate darauf Decubitus und Tod. Statt der rewarteten Pyramiden-Vorderhorn-Affection fand sich, wie erwähnt, eine multiple Sklerose. Die vorderen Wurzeln und die intramusculären Nerven normal, in den Muskeln keine degenerative, sondern eine einfache Atrophie der Fasern. D. glaubt, dass die Diagnose einer amyotrophischen Lateralsklerose intra vitam die einzig gerechtfertigte war. Nur die starke permanente Contractur der Muskeln hält er für ein Symptom, welches in ähnlichen Fällen auf die richtige Vermuthung führen könnte. Von einer elektrischen Untersuchung und deren Bedeutung ist gar nicht die Rede.

Zu bemerken ist noch, dass auch D. den Ausgangspunkt der anatomischen

Affection bei der multiplen Sklerose in die Gefässe verlegt. Ferner bestätigt er das Erhaltenbleiben der Axencylinder in den sklerotischen Herden.

Strümpell.

---

9) **A fatal case of concussion of the spinal cord** by Seymour J. Sharkey. (Brain. 1884. April p. 99—103.)

Ein 25jähr. Mädchen war bei dem Einsturz eines Hauses in der Art verschüttet worden, dass sie mit dem Rückgrat aufschlug. Danach heftige Schmerzen in der Kreuzbeingegend, Erstarrung (numbness) über der linken Hinterbacke, Retentio urinae. Von Geburt an bestand partielle Lähmung, leichte Atrophie und Contractur der rechten Extremitäten bei hier gesteigertem Patellarphänomen und Plantarreflexen. Weder gröbere Verletzungen, noch Paraplegie oder Anästhesie soll vorhanden gewesen sein. Als nach einigen Wochen an die Stelle der Retentio urinae Incontinenz von Urin und Faeces trat, bildeten sich im unteren Theil der Hinterbacken jederseits am Damm symmetrisch Decubitusblasen, eine Woche später auch Decubitus sacralis; Fieber: Tod an Erschöpfung.

Die Obduction ergab Atrophie der rechtsseitigen Extremitäten en masse, Decubitus, Cystitis und Pyelonephritis suppurativa, keine Läsion der Wirbelsäule, Ligamente etc., keine Blutung in die Meningen, oder in das Rückenmark. Die Untersuchung des Rückenmarks ergab makroskopisch in der Höhe von 2—3 Zoll im oberen Theil der Lendengegend weiche Consistenz ohne abnormen mikroskopischen Befund. Eine Sklerose des rechten Seitenstranges wird mit der Atrophie des linken Schläfelappens und Gyrus angularis in Zusammenhang gebracht.

Da der anatomische Befund des Rückenmarks somit wesentlich negativ war, glaubt Verf. den Fall als Erschütterung des Rückenmarks mit besonderer Alteration der Wurzelregion der Perinealnerven auffassen zu sollen, woraus sich der Decubitus erklären sollte, während die suppurative Cystitis etc. zum Tode führte.

E. Remak.

---

10) **Case of concussion and inflammation of spinal cord from gunshot-wound of back** by Walter Edmunds. (Brain. 1884. April p. 103—105.)

Ein 19jähr. Mann war in Folge eines Flintenschusses in der Gegend des unteren Winkels der rechten Scapula in der Höhe des 5. Rückenwirbels unmittelbar paraplegisch geworden bei vollständiger Anästhesie vom Niveau der Schusswunde abwärts, Blasenlähmung etc. Tod $4^1/_2$ Monate nach der Verwundung.

Die Obduction ergab gute Heilung der Wunde, keinerlei Fractur oder Reste des Projectils. Integrität des Wirbelkanals. Dabei bestand Atrophie und Erweichung des Rückenmarks in der Höhe der Wunde; nach der Erhärtung hier universelle Myelitis in der Ausdehnung von 2 Zoll mit absteigender secundärer Degeneration der Seiten- und vorderen Pyramidenstränge und aufsteigender Sklerose der Hinterstränge in ihren mittleren Abschnitten.

Verf. urgirt den verhältnissmässig sehr langen Verlauf bis zum lethalen Ende. Da die gefundene Myelitis nicht für die unmittelbare Paraplegie verantwortlich gemacht werden könne, so sei letztere auf die Erschütterung des Rückenmarks zurückzuführen.

E. Remak.

---

11) **Des accidents vertigineux et apoplectiformes dans le cours des maladies de la moelle épinière** par Dr. Giraudeau. Thèse de Paris 1884. (Gaz. méd. 1884. Mai 3.)

Bei den verschiedensten Rückenmarkserkrankungen, auch bei solchen, die auf die Cervicalregion beschränkt sind, findet man die in der Ueberschrift bezeichneten Anfälle.

Bei Erkrankungen, die auf die Pars dorsolumbaris beschränkt sind, fehlen sie. Nicht selten sind sie begleitet von vorübergehenden Delirien, Gedächtnissverlust, cerebraler oder bulbärer Hemiplegie, Sprachstörung; Augenmuskellähmung etc.

Ein Theil dieser Anfälle hängt von Complicationen: Hämorrhagien, Erweichung ab und sind nur als coincidirend zu betrachten, ein anderer Theil — accidents congestifs — lässt nicht in allen Fällen Congestion des Hirns nachweisen. Wo der Tod rasch erfolgt, fehlt die Congestion oder ist nur wenig ausgesprochen.

Bei allen Individuen, die in Folge einer apoplectischen Attacke zu Grunde gegangen sind, findet man Alterationen in den Hemisphären oder im Mittelhirn, die im Allgemeinen in sklerotischen Herden bestehen. Dieselben können apoplectiforme Attacken erzeugen, ohne dass eine Congestion im Hirn zu bestehen braucht.

M.

---

12) **Note sur un cas de paralysie radiculaire du plexus brachial** par C. Giraudeau. (Revue de méd. 1884. Février p. 186.)

Der Fall betrifft eine nach Erkältung entstandene neuritische (heftige initiale Schmerzen) Lähmung des Supra- und Infraspinatus, Deltoideus, Biceps, Coraco-Brachialis und Supinator longus mit nachfolgender Atrophie und Entartungsreaction. Die Vertheilung der gelähmten Muskeln entspricht dem Bilde der Erb'schen „combinirten Schulterarmlähmung"; besonders bemerkenswerth ist die gleichzeitige Affection des M. supra- und infraspinatus, aus welcher man auf eine Läsion des Wurzelgebiets des 5. und 6. Cervicalnerven schliessen kann. Strümpell.

---

13) **Des névralgies diabétiques** par le Dr. Cornillon. (Revue de méd. 1884. Mars p. 213.)

Auf Grund zweier eigener Beobachtungen und der in der Literatur mitgetheilten Fälle bespricht C. die diabetischen Neuralgien. Dieselben treten gewöhnlich erst in einer vorgerückteren Krankheitsperiode auf und beginnen meist plötzlich, unerwartet, ohne alle nachweisbare Ursache. Die Schmerzanfälle sind sehr heftig, kommen mehrmals am Tage und in noch grösserer Intensität gewöhnlich des Nachts. Sehr charakteristisch ist die Symmetrie der Neuralgien, ihr symmetrisches Auftreten an beiden Körperhälften. Am häufigsten betreffen sie die Ischiadici, zuweilen jedoch auch andere Nerven. Ihr Verlauf ist sehr hartnäckig und geht zuweilen dem Verhalten der übrigen diabetischen Symptome parallel. Die gewöhnlichen antineuralgischen Mittel haben keinen Erfolg, während die Behandlung des Diabetes (speciell die richtige Diät) von entschieden günstigem Einflusse ist. — Ueber die eigentliche Ursache der diabetischen Neuralgien ist nichts bekannt (Einfluss des Zuckers auf die Nerven?). Eine gewisse Aehnlichkeit haben sie mit den saturninen Neuralgien.

Strümpell.

---

14) **Beiträge zur Epilepsie,** Inaug.-Dissertation von J. H. Ruhemann. Berlin 1884.

Die unter Benutzung des Materials der Mendel'schen Poliklinik mit grossem Fleisse gearbeitete Dissertation bemüht sich, in der Percussion des Schädels ein brauchbares diagnostisches Hülfsmittel auch bei der Epilepsie nachzuweisen, und Sitz und Wesen dieser Krankheit zu erörtern.

Zunächst bringt Verf. eine Anzahl Fälle der verschiedensten Gehirnkrankheiten bei, in welchen die Percussion des Schädels einen wesentlichen Anhalt für die Feststellung des Sitzes des Leidens abgab; ferner theilt er in gleichem Sinne 3 Fälle von Jackson'scher Epilepsie mit, denen allerdings 2 Fälle gegenübergestellt werden, wo die Stelle des Schmerzes bei der Percussion sich in keine Beziehung zum übrigen Krankheitsbilde bringen lässt.

Verf. ermittelte im Allgemeinen keinen percussorischen Befund bei Idiotie, Hypochondrie, Melancholie, Paranoia, ferner bei Neurasthenie, Chorea, Morbus Menière, Morbus Basedowii; bei Hysterie und Hemicranie nur 3 resp. 2mal einen zweifelhaften Befund. Dagegen waren unter 17 Fällen von Tumor cerebri und cerebelli 6 (resp. 8?), bei Apoplexia sanguinea $^1/_4$ aller Fälle, bei Pachymeningitis chron. unter 14 Fällen 12, endlich bei Epilepsie unter 50 Fällen 29, in denen die Percussion in bestimmter Weise eine locale Schmerzhaftigkeit nachwies. Ein negatives Resultat ergaben also im Allgemeinen die functionellen, ein positives dagegen die organischen Gehirnkrankheiten.

Was nun die genuine Epilepsie anbetrifft, so fand sich hier unter 29 Fällen 20mal circumscripter Percussionsschmerz auf dem Os parietale, und dieser Umstand giebt die Begründung zu einer ausführlich entwickelten Theorie von dem Sitze und der Entstehung des epileptischen Anfalls, die sich an Hughlings Jackson anschliesst.

Die supponirte Reizbarkeit (Schwäche) einer Stelle der Rinde, besonders ihrer psychomotorischen Centren, ist Veranlassung zu einer Accumulation von Reizen, welche erregend auf das vasomotorische Centrum der Medulla oblongata einwirken; dadurch entsteht arterielle Anämie und so Bewusstlosigkeit und Krämpfe.

Es handelt sich also um eine Verbindung der vasomotorischen (Nothnagel) und corticalen Theorie. Freilich verkennt Verf. nicht, dass diese Theorie nicht schlechthin auf alle Fälle verallgemeinert werden kann. Denn, abgesehen von der Jackson'schen Epilepsie, so räumt er ein, dass der epileptische Anfall auch primär von der Medulla oblongata resp. Pons aus entstehen kann; dass auch von der sensorischen Peripherie her, dass ferner bei der Reflex-Epilepsie vom Thalamus opticus und von den Corp. quadrigem. aus (S. 27), dass überhaupt von anderen Centren aus (S. 28) der die Med. obl. erregende Reiz ausgehen könne. — Jedenfalls deuten aber in einer gewissen Anzahl von Fällen die Erscheinungen der Aura, also des Beginnes des Anfalls, auf die Hirnrinde hin, so namentlich einseitige sensible oder motorische Störungen in den Extremitäten, dem Gesicht, der Zunge, wobei sogar bisweilen die Aufeinanderfolge der einzelnen Erscheinungen der Lage der Rindencentren entspricht. — Auf die primäre Affection der Hirnrinde deutet ferner das Auftreten einer psychischen Aura hin, endlich die Fälle von Epilepsie nach Hirnverletzung.

Für die Formen der Anfälle, in welchen Bewusstlosigkeit ohne Krämpfe eintritt, vertheilt Verf. die Rollen so, „dass entweder die Anämie nicht so hochgradig oder der Gehirnwiderstand nicht so geschwächt ist, um Krämpfe entstehen zu lassen, wohl aber ausreichend, um das Bewusstsein zum Schwinden zu bringen."

Dass zu der „reflectorischen Gefässtheorie" gehörige Wesen der abnormen Beschaffenheit des Gehirns bleibt vorläufig dunkel, und Verf. kann sich charakteristischer Weise „in Bezug auf die eigenartige Reizbarkeit des Gehirn nicht anders helfen, als eine eigenartige — Irritation desselben anzunehmen."

Therapeutisch erwiesen sich tägliche grosse Einzelgaben von Bromkalium (4 bis 6 bis 13 Gramm) am wirksamsten. Hadlich.

---

15) Pseudohypertrophie und progressive Muskelatrophie bei Kindern von Jakubowitsch. (Dissertation. St. Petersburg 1884. Russisch.)

Die Arbeit beruht auf genauer klinischer Beobachtung zweier Fälle der benannten Affection an kleinen Kindern (von $2^1/_2$ und 4 Jahren). Den Kranken wurden aus verschiedenen Muskeln Partikel zur mikroskopischen Untersuchung exstirpirt. Letztere zeigten, dass an dem nämlichen Subject zu gleicher Zeit einige Muskeln von fettiger Entartung (Pseudohypertrophie), andere von bindegewebiger Degeneration resp. Sklerose (progressive Muskelatrophie) befallen werden können. Verf. schliesst hieraus, dass beide Formen als Modificationen des nämlichen pathologischen Prozesses aufzufassen sind.

Sorgfältige Untersuchung des Harns der Patienten in Zusammenstellung mit Controluntersuchungen des Harns gesunder Kinder entsprechenden Alters ergab für die in Rede stehende Krankheit folgende Resultate: Der Gehalt an Harnstoff, Harnsäure, Kreatinin und Chlornatrium ist verringert, an Schwefelsäure dagegen vermehrt; Verf. folgert hieraus eine Herabsetzung des Stoffwechsels, im Besonderen des Umsatzes von Eiweissstoffen. Auch die von ihm constatirte Herabsetzung der peripheren Temperatur an den afficirten Muskelgebieten führt er auf verringerte Wärmeproduction im Muskelgewebe zurück.

Im Anschluss an berichtete Untersuchungen enthält die Arbeit eine ausführliche Literaturübersicht nebst tabellarischer Zusammenstellung der betreffenden Casuistik, und Bemerkungen über Diagnose, Prognose und Therapie der Krankheit. Im theoretischen Theil spricht sich Verf. dafür aus, dass die wesentliche Ursache derselben in einer allgemeinen Störung des Stoffwechsels zu suchen sei und nicht in primärer Affection des Nerven-Muskelapparats. P. Rosenbach.

Psychiatrie.

16) **Aliénation mentale consécutive à l'intoxication par le sulfure de carbone** par Auguste Voisin. (Annal. méd.-psychol. 1884. Mai. Sitzungsberichte.)

Voisin berichtet über 2 Fälle von Tobsucht, welche bei Kautschuk-Arbeitern durch Intoxication mit Schwefelkohlenstoff auftraten. Bekanntlich wird der Schwefelkohlenstoff in der Kautschuk-Fabrikation gebraucht, um diesen Stoff zu lösen resp. geschmeidig zu machen. Beide Patienten, ein 21jähr. Mädchen und ein 17jähr. Mann, waren in einer Fabrik beschäftigt, in welcher sogenannte „Praeservativs" und die Ballons soufflés angefertigt werden. Das Verfahren besteht darin, dass der Kautschuk in Schwefelkohlenstoff, der sich in grossen Bassins vor den Arbeitern befindet, eingetaucht wird, um dann aufgeblasen zu werden. Dauerndes Einathmen von Dämpfen des Schwefelkohlenstoffs und wohl directe Aufnahme desselben durch den Mund ist dabei unvermeidlich. Die Symptome der Intoxication waren bei beiden Patienten annähernd dieselben: Schmerz und Klopfen im Kopf, Taubheit, Schwindel, Hallucinationen des Gesichts und Gehörs, Kribbeln und Stechen in den untern und obern Extremitäten. Das psychische Initialstadium scheint in beiden Fällen ein melancholisches gewesen zu sein, das später in floride Manie mit Schlaflosigkeit und allgemeiner psychischer Hyperästhesie überging. Der eine der Fälle scheint grosse Aehnlichkeit mit einem Delirium acutum gehabt zu haben. — Beide Male erfolgte nach 3—$3^1/_2$ Monat Genesung.

Eine anderweitige Aetiologie, zumal Erblichkeit, lag nicht vor. Es wird noch an einen Fall von Delpech erinnert, welcher die Erscheinungen durch Schwefelkohlenstoff näher studirt hat, welcher den hier erwähnten conform verlief.

Eine weitere Verbreitung schien die Intoxication nach den Ermittelungen V.'s in jenen Fabriken jedoch nicht zu haben. Jehn.

---

17) **Miryachit: a newly described disease of the nervous system and its analogues,** by W. A. Hammond in New-York. (Brit. med. Journ. 1884. April 19 p. 758.)

Der hervorragende amerikanische Neurologe Hammond entnimmt dem Reisebericht einiger Seeofficiere die Schilderung eines eigenthümlichen nervösen Zustandes, der in einzelnen Districten Ostsibiriens und speciell bei Jacuten nicht allzu selten beobachtet werden kann. Der betreffende Patient verfällt nämlich zeitweise in einen

der absichtlich hervorgerufenen Hypnose ausserordentlich ähnlichen Zustand und muss dann Alles, was man ihm vormacht oder vorsagt, nachmachen oder nachsprechen. So gelang es beispielsweise, den von den Reisenden beobachteten Patienten ohne jeden Anstoss Sätze in englischer und sogar Hexameter in griechischer Sprache reproduciren zu lassen, die ihm nur einmal vorgesagt worden waren. Der Kranke ist im Uebrigen auch während dieses „Nachahmungszwanges", dem er unterworfen ist, völlig bei Besinnung und empfindet diesen Krankheitsanfall sehr schmerzlich und beklagt sich bitter über die Neckereien, die ihm, wie leicht erklärlich, bei solchen Gelegenheiten von seinen Genossen zugefügt werden. Wie lange ein solcher Anfall dauert, wie er sich entwickelt, und ob eine bestimmte Veranlassung den Ausbruch bedingt, ist leider nicht angegeben. Weiber werden häufiger ergriffen; der extremen Kälte scheint ein Einfluss auf die Entstehung dieser merkwürdigen Zustände zugeschrieben zu werden. Verf. vergleicht dies widerwillig erzwungene Nachahmen beliebiger Bewegungen etc. mit den ähnlichen Zuständen, in denen sich die von Beard[1] 1880 beschriebenen, sog. „Jumper" in einzelnen Staaten Nordamerikas (New-Hampshire und Maine) befinden, und glaubt auch, dass manche Fälle von Schlaftrunkenheit hierher zu rechnen seien.

Ref. möchte seinerseits darauf aufmerksam machen, dass der ganze abnorme Zustand der Hypnose sehr nahe zu stehen scheint; auch hat Ref. selbst eine völlig analoge „Krankheit" unter dem Namen „Copirkrankheit" (Sakit latah) nach Mittheilungen E. Metzger's (Globus. 1882. Nr. 24) in diesem Ctrlbl. (1883. S. 288) beschrieben. Interessant ist es, dass die Heimath der „Sakit latah" im Gegensatz zu der der „Miryachit" der heisseste Süden, nämlich die Insel Java ist. Weiber werden übrigens auch hier häufiger ergriffen, als Männer.

Jedenfalls werden weitere Berichte von Forschungsreisenden dankbar zu erwarten sein.

Sommer.

---

18) **Di una forma speciale di nevrosi psicomotoria** pel Prof. L. Venturi. (La Psichiatria. 1884. p. 39.)

Verf. theilt 5 Krankengeschichten aus seiner Beobachtung mit, die dadurch charakterisirt sind, dass sich bei den betreffenden Patienten häufig und ohne bestimmte Veranlassung kurzdauernde Anfälle schwerer Hypochondrie mit gleichzeitigem Auftreten unbedeutender aber unangenehm empfundener Störung der Motilität und Sensibilität bei sonst sehr gutem objectiven wie subjectiven Wohlbefinden einstellen. Meistens ist es ein Unterschenkel, in dem plötzlich leichte Parästhesien und eine thatsächliche Behinderung und Schwerfälligkeit aller Bewegungen auftreten, um nach einer oder mehreren Stunden wieder zu schwinden. In einem Falle treten auch eigenthümliche Zwangsbewegungen auf, in dem der Pat. unter gleichzeitigem Ausstossen eines unarticulirten Schreies gezwungen wird, den Fuss in die Höhe zu werfen. Die Zwischenzeiten sind völlig frei; sobald aber der Anfall einsetzt, bemächtigt sich ein schweres Krankheitsgefühl und eine sehr reizbare Unruhe des Pat., die mit seinem sonstigen Wesen lebhaft contrastirt. Eine materielle Erkrankung des Rückenmarks ist ganz auszuschliessen, aber es liegt meistens eine hereditäre Belastung vor. Wahrscheinlich gehören jene Krankheitserscheinungen zu dem vielgestaltigen Bilde der Neurasthenie. Es werden übrigens beide Geschlechter ergriffen.

Sommer.

---

19) **Contribuzione allo studio della cosi detta asfissia locale negli alienati** del dott. Algeri. (Riv. sperim. di freniatr. 1884. X. p. 126.)

Nach einem histologischen Ueberblick über die zuerst von Raynaud aufgestellte Lehre von der sogenannten localen Asphyxie der Extremitäten theilt Verf. eine eigene

[1] Vgl. Journ. of nervous and mental Disease. 1880. Vol. VII. p. 487.

Beobachtung mit. Sie betrifft eine 33jähr. Dame mit hysterischen Erregungszuständen und eigenthümlichen Zwangsvorstellungen, die fast den Charakter der „maladie du toucher" tragen. Seit einiger Zeit wird nun die Pat. von bilateralen und symmetrisch begrenzten Ischämien einzelner Finger und manchmal auch einzelner Zehen ergriffen. Unter dem Gefühl des Abgestorbenseins und der Formication erblassen ganz plötzlich — oft übrigens reflectorisch auf irgend einen äusseren Reiz — die betreffenden Phalangen, werden schnell wachsbleich und gefühllos; nach einiger Zeit (wie lange?) macht sich dann ein leichtes Hautkriebeln wieder bemerkbar und es entwickelt sich eine sehr intensive venöse Stauungshyperämie, die die betroffenen Hautpartien dunkelblauroth färbt. Allmählich stellt sich dann das normale Verhalten wieder her. Es handelt sich also wahrscheinlich um eine vasomotorische Störung, die alle kleinen Arterien der Fingerhaut zu einer tetanischen Contraction bringt und der sich später — ähnlich wie beim Infarct — eine enorme Hyperämie der kleinen Venen und Capillaren anschliesst. Sommer.

---

20) **Le variazioni del diametro pupillare negli epilettici.** Ricerche del dott. G. Musso. (Rivist. sperim. di freniatr. etc. 1884. X. p. 73.)

Verf. hatte sich vorgenommen, verschiedene Angaben aus der Literatur über das Verhalten der Pupillen bei Epileptikern zu prüfen und kam bei der Untersuchung von 70 Kranken (30 Männer mit schwerer Epilepsie, aber ohne auffallende Störungen der Psyche, und 30 Männer sowie 10 Frauen mit Epilepsie und Geistesstörung) zu folgenden Resultaten.

Im Gegensatz zu den Angaben Carter Gray's sind die Pupillen der Epileptiker im Allgemeinen nicht weiter, als die normaler Personen unter denselben Verhältnissen.

In Uebereinstimmung mit Marie finden sich oft (im Mittel bei 22,8 %) Ungleichheiten in der Weite der Pupillen, und wie es scheint, bei psychisch gestörten Epileptischen häufiger als bei den anderen (25 % gegen 20 % der untersuchten Fälle). —

Ferner fand Verf. bei vielen Epileptikern (bei ca. 60 %) ziemlich regelmässig eine auffällige Pupillendifferenz im Prodomalstadium der Krämpfe, die sich nachher meistens (bei 79 %) schnell wieder ausglich. Dagegen konnte er sich nicht überzeugen, dass das manchmal zu beobachtende auffallende Schwanken der Pupillenweite innerhalb sehr kurzer Zeiträume bei Epileptikern sehr häufig und daher für die Diagnose der Epilepsie in zweifelhaften Fällen zu verwerthen sei. Sommer.

---

21) **Un cas de dystrophie et de chute spontanée des ongles dans la paralysie générale progressive** par le Dr. Régis. (Gaz. méd. de Paris. 1884. No. 11.)

Unter Bezugnahme auf die analogen Beobachtungen bei Tabes (Pitres) berichtet R. von einem Paralytiker, bei dem die vorher veränderten — austernschalenartig veränderten — Nägel beider grossen Zehen unter einem ganz unbedeutenden Eiterungsprozesse abfielen, und ebenso der Nagel des Mittelfingers der rechten Hand. Hadlich.

Therapie.

22) **Constant watching of suicidal cases** by G. H. Savage. (Journ. of ment. science. 1884. April p. 17.)

Auf Grund der Thatsache, dass einzelne selbstmordsüchtige Kranke durch permanente Bewachung gereizt werden, spricht sich S. gegen diese letztere aus; er giebt

solchen Patienten für die ersten Nächte feste Kleider und festes Bettzeug und isolirt sie; das Examen, oft auch das Versprechen des Kranken, sich zusammenzunehmen, bestimmen das fernere Verhalten.

In der anschliessenden Debatte der Medico-psych. Association stimmt Rayner S. zu; ruhige Fälle legt er in Zimmer mit wenig Betten, die, wenn auch nicht permanente, so doch häufige Aufsicht haben.

Ley wünscht Vermehrung der Nachtwachen überhaupt, betont jedoch die Abneigung besonders der männlichen Pat. gegen gemeinschaftliche Schlafräume.

Orange legt selbstmordsüchtige Pat. in die Krankenstuben, welche permanente Wache haben; die übrigen Schlafräume werden zeitweise controllirt. A. Pick.

---

23) **Rectal feeding and medication** by W. J. Mickle. (Journ. of ment. science. 1884. April p. 20.)

Empfiehlt die Fütterung per rectum in Fällen, wo die gewöhnliche Sondenfütterung aus den bekannten Ursachen nicht durchführbar oder gefährlich erscheint, speciell in Fällen mit Status epilepticus, apoplectiformen Anfällen. Bezüglich der verschiedenen mitgetheilten Formeln für Nährklystiere kann auf die Handbücher der Pathologie verwiesen werden. Die Medication per rectum empfiehlt M. bei den verschiedenen Formen von Krampfanfällen in Form von Chloralklystieren, ferner Klysmata von Brandy bei Schwächezuständen, wenn das Schlucken erschwert ist.

Beide Abschnitte der Arbeit werden durch zahlreiche Casuistik illustrirt.

A. Pick.

---

24) **De l'emploi de l'acide sclérotinique dans l'épilepsie** par Bourneville et Bricon. (Progr. méd. 1884. Mai 24.)

Bei 5 Kranken von 12 trat etwas Besserung ein, nachdem das Mittel hypodermatisch oder innerlich gegeben. Die Resultate sind wenig aufmunternde. Uebrigens hat Gowers auch bereits die Nutzlosigkeit des Mittels constatirt. M.

Forensische Psychiatrie.

25) **Imbecillität, religiöse Melancholie, versuchter Giftmord des Kindes und versuchter Selbstmord** von Prof. v. Krafft-Ebing. (Friedreich's Bl. f. ger. Med. 1884. Mai-Juni.)

28 Jahr alte in der Hirnentwickelung verkümmerte Frau, die gelegentlich einer Missionsbeichte eine Gemüthsbewegung durch Vorwürfe seitens des Geistlichen erfährt, darauf an Melancholie erkrankt (Wahnvorstellung, dass sie die ewige Seligkeit verloren, dem Teufel verfallen sei, Sinnestäuschungen, Angstanfälle) und etwa 5 Monat nach Beginn der Erkrankung sich und ihre 7jähr. Tochter durch Arsenik vergiftet, „um nicht vom Teufel abgeholt zu werden". Beide genasen. M.

III. Aus den Gesellschaften.

Aus dem Congress für innere Medicin in Berlin.

(Fortsetzung.)

Ueber nervöse Dyspepsie.

Referent Leube, Erlangen: An der Hand der Geschichte weist Redner nach, dass schon seit Ende des 17. Jahrhunderts eine Scheidung zwischen materieller und

spirituöser Dyspepsie gemacht wurde, die bis zu Anfang dieses Jahrhunderts die Anschauungen der Kliniker beherrschte. Aber selbst nachdem die pathologische Anatomie den Krankheitsbegriffen zu Grunde gelegt wurde, drängte die klinische Beobachtung dazu, an dem nervösen Charakter gewisser Dyspepsien festzuhalten, die ohne jede erkennbare Veränderung des Magens verliefen. Maas entwarf 1841 ein Bild von der nervösen Dyspepsie, die er von der organischen unterschied; Virchow stellte das Verhältniss der Dyspepsie zur Hypochondrie und Melancholie fest, Redner weist auf den Uterus als Ursache derselben hin, in neuester Zeit endlich sind als Autoren über nervöse Dyspepsie Pollack, Beard und Rockwell zu nennen; dieser führte ihre elektrische Behandlung ein.

Allein um ein Krankheitsbild aufzustellen, schien es ihm vor Allem wichtig, einen diagnostischen Anhaltspunkt zu gewinnen, und diesen glaubt er durch die Anwendung der Magenpumpe erreicht zu haben.

L. hat schon 1869 seine klinischen Beobachtungen in einer grösseren Arbeit niedergelegt. Das Krankheitsbild der nervösen Dyspepsie ist folgendes: Die Kranken sind durchweg mager, von zarter Constitution, bisweilen anämisch, eine andere Krankheit ist oft vorausgegangen. Sie klagen über nervöse Verdauungsbeschwerden, Congestionen zum Kopf, Schwindel, Müdigkeit, Herzklopfen, Aufstossen von geruchlosen Gasen, Uebelkeit und bisweilen Erbrechen; dabei Völle und Druck im Magen, der sich bis zu Magenschmerz steigern kann, endlich Globusgefühl und Sodbrennen, bisweilen auch abnorme Geruchs- und Geschmacksempfindungen. Bisweilen findet man alle diese Symptome, in anderen Fällen nur eins oder das andere. L. hat 100 Fälle von nervöser Dyspepsie seiner Betrachtung zu Grunde gelegt und Aufstossen in 73 %, Völle und Druck in 60 % seiner Fälle beobachtet. In den Ructus sieht er rudimentäre Brechbewegungen, die auf stärkere Reizbarkeit der Nerven des normal verdauenden Magens zurückzuführen sind, ebenso wie das zweithäufigste Symptom der Magendruck auf Nervenwirkung beruht. In 16 % fand sich Sodbrennen ohne abnorm vermehrte oder sogar bei verminderter Säuresecretion, in 17 % Heisshunger und Globus. Weisen diese Erscheinungen auf Betheiligung der Magennerven hin, so gehört ein anderer Symptomencomplex dem Gesammt-Nervensystem an, so der Kopfschmerz bisweilen mit Congestionen (33 %), unruhiger Schlaf (25 %), Müdigkeit (11 %), Herzklopfen (20 %) etc. Ganz besonders bemerkenswerth sind zwei Symptome, der Stuhlgang und der Schwindel. Was den ersten anlangt, so fand sich Obstipation in 43 %, Diarrhoe in 9 % der Fälle, in 12 % fanden sich Hämorrhoiden. Der Schwindel, der schon seit dem Alterthum in Beziehung zum Magen gebracht und als Magenschwindel vom Kopfschwindel unterschieden wurde, war, sei es als Haupt-, sei es als Nebensymptom, in jedem 6. Fall vorhanden. Trübe Stimmung sah L. nur in 10 % der Fälle, sodass man also nervöse Dyspepsie mit Hypochondrie und Melancholie nicht identificiren darf.

Um jedoch auf Grund dieser Symptome, die alle zugleich auch anderen Krankheiten des Magens angehören, die Diagnose zu sichern, ist es nothwendig, 6—7 Stunden nach dem Essen eine Probeausspülung des Magens zu machen, um festzustellen, ob der Magen leer ist oder nicht. Kommt das Wasser klar heraus, so ist die Verdauung als normal zu betrachten, was bei der Gastritis nicht der Fall ist. Für Carcinom und andere Krankheiten ist die Differentialdiagnose durch andere Momente gegeben; bei zweifelhaftem Ulcus ventriculi muss man nach diesem behandeln und ex juvantibus schliessen; ist in 8 Tagen keine Besserung eingetreten, so hat man es mit nervöser Dyspepsie zu thun.

Der Charakter der nervösen Dyspepsie ist somit als eine perverse Reaction der Magennerven auf die normale Verdauung zu betrachten, wie sie in geringerem Maasse auch physiologisch auftritt und die wir durch Reizmittel nach dem Essen zu coupiren suchen. Die Natur der pathologischen Veränderungen ist bis jetzt unbekannt; allerdings können centrale sowie periphere Ursachen diese abnorme Erregbarkeit

veranlassen, doch ist sicher der Anstoss peripher zu suchen, und so sieht man die Dyspepsia nervosa im Gefolge von Neuralgien, Intoxication, auch nach Infectionen, auf syphilitischer Basis, bei Uraemie etc. auftreten. Eine andere Reihe erscheint als Reflex-Dyspepsie von den Geschlechtsorganen her und zwar bei Frauen in $^1/_3$ der Fälle. Allein in der Mehrzahl der Fälle ist eine bestimmte Ursache nicht nachzuweisen, doch dürfte in dem Verdauungsact selbst diese zu suchen sein, denn die Krankheit beginnt in $^3/_4$ aller Fälle mit Magenerscheinungen, die Kranken waren meist vor dem Eintritt der Dyspepsie nicht nervös, so dass Neurasthenie wohl als eine seltene, nicht aber alleinige Ursache der Krankheit aufzufassen ist. Die nervöse Dyspepsie gehört dem mittleren Alter an, die Prognose ist zwar quoad vitam günstig, Heilung aber ist sehr selten. Therapie: Kaltwasserkur, Seebäder, Gebirgsaufenthalt, vorsichtige Diät. Ergotin ist unwirksam.

Correferent Ewald, Berlin: Wenngleich mit der Differenzirung der nervösen Dyspepsie als eines besonderen Krankheitsbildes einverstanden, glaubt E. die Betrachtung der Frage nicht auf den Magen allein beschränken zu dürfen. Auch der Darm, dessen Symptome in einer grossen Anzahl von Fällen sogar in den Vordergrund treten, ist nicht ausser Acht zu lassen. Hauptsächlich sind es Beschwerden, wie unregelmässige Schmerzen im Abdomen, Meteorismus, reichlicher Abgang von Gasen, die als Visceralneuralgien zu bezeichnen sind. Dieser innige Connex der Magen- und Darmsymptome erklärt sich aus dem nahen Zusammenhang der Intestinalfasern des Vagus und des Sympathicus und möchte E. deshalb für diese Affection den Namen: Neurasthenia dyspeptica oder vago-sympathica vorschlagen. Ebenso wie die Burkhart'schen Druckpunkte in der Gegend des Plexus coeliacus, mesentericus und aorticus sind alle Symptome nicht direct für die nervöse Dyspepsie charakteristisch, sie können fehlen und können auch bei anderen Krankheiten des Intestinaltractes vorkommen. Diese localisirten Symptome bilden den Uebergang zu den Allgemein-Symptomen, wie sie in allgemeiner Nervosität, Hysterie, Psychosen sich äussern und die man bei längerer Beobachtung stets wird constatiren können. Sind diese Affectionen peripher oder auf centrale Störungen zurückzuführen? Wenn auch periphere Erkrankungen vom Magen und Darm aus die ganze Reihe der Erscheinungen hervorrufen können, so hält E. die nervöse Dyspepsie, bei der häufig weder schädliche Einwirkungen auf den Verdauungstractus, noch krankhafte Prozesse der Schleimhaut nachweisbar sind, für ein Symptom, für eine Folge von Störungen des Centralnervensystems, die auf die Magennerven zurückreflectirt sind.

Bei dem Fehlen von charakteristischen Symptomen ist eine Diagnose erst nach längerer Beobachtung möglich, die Aetiologie, der Krankheitsverlauf und der sichere Ausschluss jeder anderen genuinen Magenerkrankung sichert die Diagnose. Die Magenausspülung ist nicht für alle Fälle als sicheres diagnostisches Mittel zu benutzen, da E. wiederholt bei Frauen mit normaler Verdauung nach 6—$7^1/_2$ Stunden nach der Mahlzeit noch Reste von derselben gefunden hat, ebenso in einzelnen Fällen von chronischem Magencatarrh, Ulcus und Carcinom, andererseits Leube selbst zwei Fälle von nervöser Dyspepsie anführt, wo nach der angegebenen Zeit noch Speisereste vorhanden waren. Bei Verdacht auf Ulcus ist die Magensonde, mit der man leicht direct oder indirect eine Perforation herbeiführen kann, ganz fortzulassen. Die Prognose ist abhängig von der centralen Affection; anscheinend schwere Fälle heilen oft schnell und umgekehrt. Einzelne Patienten magern ab, andere zeigen das blühendste Aussehen. Die Therapie ist nur auf Kräftigung des Nervensystems zu richten durch Bromkali, Verbot jeder anstrengenden Thätigkeit, gymnastische Uebungen, Hydrotherapie, Gebirgs-, Seeluft, blande Diät. Chinin, Eisen, Arsen sind als Tonica, Belladonna bei hartnäckiger Obstipation, Chloral bei der Herabsetzung der Hyperästhesie der Magennerven mit Erfolg anzuwenden. Von der Elektricität hat Redner keine bemerkenswerthen Erfolge gesehen.

Discussion:

Finkler, Bonn, hält ebenfalls die Ausspülung für kein die Diagnose sicherndes Mittel.

Senator, Berlin, sah einen Fall von nervöser Dyspepsie, der nach Aufwendung des ganzen therapeutischen Arsenals ungeheilt entlassen, durch eine Bandwurmkur geheilt wurde. In diesem Falle war somit der Magen vollkommen gesund, und eine gröbere Schädlichkeit die Ursache der nervösen Dyspepsie. Ebenso sah er die Wanderniere als Ursache nervöser Dyspepsie. In der Aufstellung dieser sehe er eine Gefahr für die Diagnose, da man Alles, was man nicht diagnosticiren könne, einfach als nervös bezeichne. Zuerst sei festzustellen, ob die Ursache im Magen selbst oder ausserhalb desselben liege, im letzten Falle könne die Diagnose unter Umständen sehr schwer, ja unmöglich sein.

Jürgens, Berlin, beschäftigt sich seit 5 Jahren mit diesem Gegenstand und ist auf Grund seiner Beobachtungen der Ansicht, dass in der That die gastrischen Erscheinungen nicht allein auf den Magen zurückzuführen sind, sondern ausser Magen und Darm seien die Nerven des Mesenteriums, sowie die Splanchnici zu untersuchen. So habe er in einem Falle von Retroflexio uteri gravidi im 1. Monat, bei dem heftige gastrische Erscheinungen eintraten und unter Anämie und grosser Schwäche der Tod eintrat, die Section gemacht. Es zeigte sich der ganze Auerbach'sche und Meissner'sche Plexus und die Musculatur des Darms bis zur Mitte des Ileum und der Bauhin'schen Klappe entartet. Und seitdem hat J. im Ganzen 41 derartige Fälle beobachtet, bei denen unter den klinischen Symptomen immer die Magenerscheinungen in den Vordergrund getreten waren. Wie wichtig eine derartige Veränderung des motorischen Apparats ist, betont schon Nothnagel. Ein Fall, den J. in den letzten 5 Jahren zur Section bekam, war ganz besonders bemerkenswerth; der Krankheitsverlauf hatte sich über 6—7 Jahre erstreckt. Der Magen war makroskopisch intact, der Darm dünnwandig, weit, von normaler Farbe; die mikroskopische Untersuchung ergab Degeneration der Muscularis mucosae des Magens und Darms; ausserdem fand sich in der Darmwand starke Varicenbildung, ein Zeichen schwerer Circulationsstörungen, und in der That waren auch die Venenmusculatur, in der Umgebung der Gefässe die sensiblen Nerven und der Meissner'sche Plexus, auch ein beträchtlicher Theil der Ganglienzellen degenerirt. Endlich fand sich auch eine schwere Atrophie des Pankreas, das auf $^1/_3$ reducirt nur spärliche, atrophische Lappen zeigte.

Rossbach, Jena, hält die Aufstellung der nervösen Dyspepsie für einen Rückschritt und glaubt, dass ein nichts präjudicirender Name, wie „digestive Reflexneurose", den Symptomencomplex besser bezeichne.

Rühle, Bonn, betont, dass die Furcht etwas zu geniessen, die sich in Folge des Magendrucks einstelle, zu directer Nahrungsverweigerung und zum Tode führe, so dass es unter Umständen nothwendig wurde, die Kranken in Anstalten unterzubringen.

Meinert, Dresden, ist ebenfalls nicht geneigt, die nervöse Dyspepsie als Krankheit anzuerkennen und diagnosticirt deshalb ebenfalls ex juvantibus, so denkt er zunächst an Entozoen, besonders Ascaris lumbricoides, ferner an Ulcus ventriculi, das in Dresden bei 23 % aller weiblichen Leichen sich finde, auch das vernarbte Ulcus könne noch die Dyspepsie hervorrufen, endlich an Reflexneurosen vom Genitalapparat (Retroflexio, Endometritis), ja er glaubt, dass auch durch Gallensteine das Symptomenbild hervorgerufen werden könne.

Leube, Erlangen, constatirt, dass nicht sowohl die Existenz der Krankheitserscheinungen, als deren Name und die zur Verfügung stehenden diagnostischen Hülfsmittel in die Discussion gezogen seien. Dass bei der Probeausspülung der Magen noch mit Speise nach 8 Stunden gefüllt gefunden sei, gehöre zu den Ausnahmen. Der Name, den die Krankheit erhalte, sei gleichgültig.

Ewald, Berlin, betont die Annäherung, die sich in den Anschauungen Leube's und der seinigen geltend gemacht und exemplificirt noch einmal auf die Unzulänglichkeit unserer diagnostischen Hülfsmittel.

(Schluss folgt.)

IV. Bibliographie.

Katechismus der gerichtlichen Psychiatrie in Fragen und Antworten. Mit einem Anhang von Mustergutachten von Dr. H. Neumann, Professor an der Universität Breslau. (Breslau 1884. Preuss & Jünger. 70 Seiten.)

Von der kleinen Schrift sind 50 Seiten der Beantwortung einer Anzahl ausgewählter Fragen aus dem Gebiete der Psychiatrie sowohl vor dem Civil- wie vor dem Criminalforum gewidmet, 20 dem Wiederabdruck von 2 Mustergutachten des Verfassers. Eine erschöpfende Behandlung der forensischen Psychiatrie wollte Verf. wohl nicht liefern, da dazu der Raum bei weitem zu knapp bemessen.

Abgesehen von einzelnen untergeordneten Fragen finden wir uns in einer Cardinalfrage mit dem Verf. nicht in Uebereinstimmung. Er sagt S. 35: „Denn so weit darf die gerichtliche Psychologie nicht gehen, zu behaupten, dass jede nachgewiesene Seelenstörung gleichbedeutend sei mit Zurechnungsunfähigkeit.“ Die bestehende Gesetzgebung in Deutschland (§ 51 des St.G.B.'s) verlangt allerdings zur Feststellung der Zurechnungsunfähigkeit, dass die nachgewiesene krankhafte Störung der Geistesthätigkeit der Art sei, dass durch dieselbe die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. Dieser letztere beschränkende Zusatz ist gegen den Willen hervorragender Psychiater, wie gegen den der preussischen wissenschaftlichen Deputation in das Gesetz hineingekommen und handelte es sich um die Emanation eines neuen Strafgesetzbuches, so würde unzweifelhaft bei weitem die grosse Mehrzahl der Psychiater auf dem Standpunkt stehen, dass der Zusatz wegzulassen, d. h. dass nachgewiesene krankhafte Störung der Geistesthätigkeit und Unzurechnungsfähigkeit sich decke. —

In voller Uebereinstimmung finden wir uns dagegen mit dem Verf. in der Klage darüber, dass die Psychiatrie nicht Prüfungsgegenstand im Staatsexamen ist (S. 14), wie in der Zurückweisung des in der letzten Zeit mit so viel Ostentation hervorgetretenen Verlangens nach Specialasylen für verbrecherische Irre (S. 49). Die sittliche Entrüstung, mit der von mancher Seite gegen das Zusammensein von Geisteskranken, die ein Verbrechen begangen und „juristisch unbefleckten“ gekämpft wird, ist, wie Verf. mit Recht hervorhebt, sicher nicht aus der Beobachtung der thatsächlichen Verhältnisse hervorgegangen: mit demselben Rechte könnte man auch Specialasyle für die geisteskranken Prostituirten etc. etc. verlangen.

Es braucht schliesslich bei dem Namen des Verfassers kaum hervorgehoben zu werden, dass der Stoff in anziehender, geistreicher Weise bearbeitet und die Sprache klar und prägis ist, und dass schon aus diesen Gründen die Lectüre der Schrift zu empfehlen ist. M.

Ueber die Ursachen der Erkrankungen des Nervensystems, Antrittsvorlesung von Prof. Dr. Strümpell. (Leipzig 1884. Vogel. 22 Seiten.)

In klarer und übersichtlicher Weise entwickelt S. die ätiologischen Momente der Krankheiten des Nervensystems und zwar vorzugsweise der sogenannten nervösen Systemerkrankungen. Diese Momente sind 1. übermässige Anstrengung (Beispiel: die Beschäftigungsneurosen, die als functionelle Systemerkrankungen bezeichnet werden können); 2. fehlerhafte embryonale Anlage (hereditäre Form der Ataxie, hereditäre Muskelatrophie, Thomsen'sche Krankheit); 3. Giftwirkungen; hierher gehört das Blei, die Lues, deren ätiologischen Zusammenhang mit der Tabes Verf. mindestens in einer

grossen Zahl von Fällen als sicher betrachtet, endlich die Mikroorganismen, denen die acute multiple Neuritis, die acute Poliomyelitis, acute Encephalitis bei Kindern ihre Entstehung verdanken dürften, ebenso wie hier die nervösen Nachkrankheiten nach acuten Infectionskrankheiten, vielleicht auch die Chorea (nach Gelenkrheumatismus), der Tetanus u. a. zu nennen sind; endlich werden 4. die Einwirkungen psychischer Erregungen, des psychischen Trauma besprochen.

Diese kurze Analyse zeigt, welche reiche Fülle von Gesichtspunkten und, wie wir nicht zweifeln, von fruchtbaren Anregungen auf wenigen Seiten hier enthalten sind.

M.

V. Vermischtes.

Für die Section für Psychiatrie und Nervenkrankheiten des internationalen medicinischen Congresses zu Kopenhagen (10.—16. August 1884) sind folgende Mittheilungen vorbereitet:

1. Statistische Uebersicht der Geisteskrankheiten und der psychiatrischen Institutionen der nordischen Länder. Prof. Steenberg, St. Hans Hospital, Dänemark.
2. Vorschlag zu einer gemeinschaftlichen internationalen Form der Jahresberichte der Irrenanstalten. Dr. O. v. Schwartzer, Buda-Pesth.
3. Die Bedeutung der Arbeitscolonien für die Behandlung der Geisteskrankheiten. Director Dr. Paetz, Alt-Scherbitz.
4. Der Einfluss der Schulen auf die geistige Gesundheit der Kinder. Prof. Kjellberg, Upsala.
5. Die Rolle der Syphilis bei der allgemeinen fortschreitenden Parese. Dr. Rohmell, St. Hans Hospital, Dänemark.
6. Die Bedeutung der Körperbewegungen in der psychiatrischen Therapie. Prof. Kjellberg, Upsala.
7. Die Morphiumsucht und ihre Behandlung. Prof. Obersteiner, Wien.
8. Das sogenannte psychisch-epileptische Aequivalent. Dr. Hallager, Viborg, Dänemark.
9. Die secundären Degenerationen des Rückenmarks. Prof. Pitres, Bordeaux; Dr. Homén, Helsingfors.
10. Die vasomotorischen und trophischen Neurosen. Prof. A. Eulenburg, Berlin.
11. Die Heilbarkeit der Tabes dorsalis. Prof. A. Eulenburg, Berlin.
12. Die anatomischen Veränderungen bei der „Sclérose latérale amyotrophique". Prof. Charcot, Paris; Dr. Friedenreich, Kopenhagen.
13. Die psychische Analyse als Grundlage der psychiatrischen Diagnostik. Director Dr. Ramaer, Haag.
14. Die dyscrasischen Momente, welche bei der Genese der Psychosen und Neurosen eine Rolle spielen. Dr. Müller, Blankenburg.
15. Ueber den Cretinismus. Dr. Allara, Moscazzano.
16. Die Theorie von den cerebralen Localisationen. Dr. Shuttleworth, Lancaster.
17. Ueber die atactischen Sprachstörungen ohne Gehirnsymptome. Dr. Chervin, Paris.
18. Die Vascularisation der Medulla oblongata. Prof. Adamkiewicz, Wien.
19. Hirnreizung, Hirndruck, Hirnlähmung. Prof. Adamkiewicz, Wien.
20. Beiträge zur Lehre von den Neurosen: Hysterie, Hypnotismus etc. Dr. Zambaco, Constantinopel.

Die belgische Akademie der Medicin stellt neben 3 andern Preisfragen folgende: Der Einfluss des Nervensystems auf die Urinsecretion, besonders durch eigene Untersuchung zu begründen.

Preis 800 fr. Termin vor dem 15. Februar 1885. Sprache: lateinisch, französisch oder flämisch.

Die Akademie der Medicin zu Turin stellt für den Preis Bonacossa (600 Lire) folgendes Thema: Welchen Zweck müssen die öffentlichen Irrenhäuser bei den gesitteten Völkern erfüllen und welche Aemter können den Aerzten bei der Direction derselben zukommen?

Sprache: italienisch, lateinisch oder französisch. Termin 31. December 1884.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 1. Juli. No. 13.

Inhalt.[1] **I. Referate.** Experimentelle Physiologie. 1. Ueber den Einfluss von Verletzungen des unteren Rückenmarkgebietes auf den Stoffwechsel im Thierkörper von **Kostjurin.** 2. Contribuzione allo studio della circolazione cerebrale pei **Bergesio** e **Musso.** — Pathologie des Nervensystems. 3. Beitrag zur Lehre von der Localisation der Gehirnkrankheiten, von der secundären Degeneration und dem Faserverlauf in den Centralorganen des Nervensystems von **Mannkopf.** 4. Observation d'épilepsie transmise de l'animal à l'homme par **Planat.** 5. Ein Fall von sehr tiefer Erniedrigung der Körpertemperatur nach primärer Hämorrhagie in der Med. obl. von **Lemcke.** 6. Sur la paralysie par irritation périphérique par **Bidon.** 7. Note sur un cas de sueurs localisées dans le cours d'un tabes dorsal par **Raymond et Artaud.** 8. Arthropathie tibio-péronéo-tarsienne gauche tabétique par **Gaucher et Duflocq.** 9. Spondylolisthese bei einem Tabiker von **Krönig.** 10. Knee-phenomenon in locomotor ataxia by **Zenner.** — Psychiatrie. 11. Insanity from lead-poisoning by **Clevenger.** 12. Business worry as a case of paretic dementia by **Hurd.** 13. On morbid drowsiness and somnolence by **Dana.** 14. Inebriety associated with imbecillity by **Crothers.** — Therapie. 15. Ett typiskt fall af primär förryckthet af **Björnström.** 16. Essai sur la pathogénie du Crétinisme par **Verdan.** 17. Paraldehyd als Schlafmittel von **v. Noorden.** 18. Ueber das Coniinum bromatum von **Olderugge.** 19. Conium in acute mania by **Thymmler.** 20. The use of Hyoscyamine in the treatment of mental diseases by **Metcalf.** 21. Treatment of melancholia by **Tuttle.** 22. Snakepoison as a remedy for tetanus by **Ameden.** 23. Oöphorectomy and insanity by **Lee.**

II. Aus den Gesellschaften. — III. Bibliographie. — IV. Vermischtes.

I. Referate.

Experimentelle Physiologie.

1) Ueber den Einfluss von Verletzungen des unteren Rückenmarkgebietes auf den Stoffwechsel im Thierkörper von S. Kostjurin. (Inaug.-Dissert. St. Petersburg 1884. Russisch.)

Trotz der grossen Menge von Untersuchungen, die seit geraumer Zeit über die sog. thermischen Centren angestellt wurden, ist es bisher nicht gelungen, in dieser Hinsicht sichere Resultate zu erzielen, und die betreffende Literatur ist voll von widersprechender Angaben. Verf., der dieselben einer eingehenden Besprechung unterzieht, erklärt diesen Umstand hauptsächlich dadurch, dass einerseits die meisten Autoren bei ihren Versuchen keine methodischen Stoffwechselbestimmungen vornahmen, andererseits die meisten Arbeiten über die thermischen Centren den oberen Abschnitt

[1] Um den Bericht über die 9. Wanderversammlung in Baden-Baden schon jetzt vollständig zu bringen, fällt die Originalmittheilung in dieser Nummer aus. M.

des Rückenmarks und das Grosshirn betreffen — Gebiete, in denen die Anordnung der Leitungsbahnen und Centren höchst complicirt und verworren ist. Er hält es für geeigneter, das Studium der Beeinflussung des Stoffwechsels durch das Nervensystem von dem unteren Rückenmarksgebiet zu beginnen, und berichtet über seine Versuche mit Durchschneidung des Lendenmarks zwischen dem 2. und 3. Lendenwirbel an Hunden.

Die Thiere überlebten die Operation gewöhnlich um 3—14 Tage, und die Läsion des Rückenmarks beschränkte sich auf die nächste Umgebung der Durchschneidungsstelle. Zur Untersuchung des Stoffwechsels wurden die Thiere in einen complicirten calorimetrischen Apparat gesetzt, der im Allgemeinen dem zuerst von Dulong beschriebenen ähnlich, doch in vielen Details von Prof. Paschutin modificirt ist. Dieser Apparat ermöglicht die genaue Ermittelung der Wärmemengen und der Kohlensäure, die vom untersuchten Thier in bestimmten Zeitperioden producirt werden. Die Einwirkung der Operation ergab sich aus Vergleichung der Zahlen, die von den Hunden vor und nach der Durchschneidung geliefert wurden. Selbstverständlich wurde streng darauf gesehen, dass alle Versuchsbedingungen in beiden Fällen die nämlichen blieben.

Das Ergebniss der Arbeit besteht wesentlich in Folgendem: Durchschneidung des Rückenmarks zwischen dem 2. und 3. Lendenwirbel bewirkt eine Steigerung der vom Thier producirten Wärmemenge, die sich sowohl in der absoluten Calorienzahl, als in der Quantität der vom Thier exspirirten Kohlensäure kundgiebt. Doch scheint die Steigerung des Stoffwechsels auch von qualitativer Veränderung desselben begleitet zu werden, da es sich herausstellt, dass die Kohlensäureausscheidung in grösserem Verhältniss zunimmt, als die Vermehrung der producirten Calorien. Verf. verzichtet vorläufig auf eine Erklärung des Zustandekommens der von ihm constatirten Thatsachen, da für eine solche seines Erachtens weitere Untersuchungen erforderlich sind.

Die Arbeit ist von einer tabellarischen Zusammenstellung der Versuchsresultate und von einer Zeichnung des benutzten calorimetrischen Apparats begleitet.

P. Rosenbach.

---

2) Contribuzione allo studio della circolazione cerebrale pei dott. Bergesio e Musso. (Giornal. dell. R. Accadem. di Medicina di Torino. 1884. Marzo.)

Die Verff. hatten Gelegenheit, die Hirnpulsationen bei einem lebenden Manne von 56 Jahren, dem bei Exstirpation eines Sarcoms der linken Schläfengrube ein etwa 4 cm im Durchmesser messendes Stück des Schädels und der Dura hatte entfernt werden müssen, sphygmographisch zu untersuchen, wie es Mosso, Burckhardt und Mays bereits früher gethan hatten. Auf Grund ihrer mit dem Mosso'schen Apparat erhaltenen Pulskurven kommen die Verff. nun zu folgenden Schlüssen.

Der normale Hirnpuls stellt eine anacrote Welle dar, d. h. im allmählich aufsteigenden Ast finden sich 2 kleine Erhebungen. Im normalen Schlaf bleibt die Kurve unverändert, nur die absolute Höhe jeder Welle ist verkleinert, was auf ein geringeres Volumen des schlafenden Gehirns zu deuten ist. Im Morphiumschlaf fällt anfänglich das Hirnvolumen, um später, unter gleichzeitiger Abnahme des Gefässtonus, wieder zuzunehmen, ohne dass übrigens die Dauer des Schlafes in causalem Zusammenhange mit diesen Veränderungen stände. Der Alcoholschlaf scheint stets von einer Vergrösserung des Hirnvolumens begleitet zu werden, während die Hirnpulskurve des Paraldehydschlafes genau der des normalen Schlafes entspricht.

(Chloralhydrat ist leider nicht berücksichtigt worden; gerade bei diesem mancherseits so schwer angegriffenen Hypnoticum wäre eine diesbezügliche Untersuchung sehr wünschenswerth.)

Als Endresultat ergiebt sich, dass der Schlaf weder an eine bestimmte Blutfülle, noch an einen bestimmten Blutdruck im Gehirn gebunden ist. Die Verff. folgern

daraus, dass der Schlaf überhaupt durch eine lediglich chemische Einwirkung des betr. Narcoticums auf die Ganglienzellen der Hirnrinde bedingt sei. Die Schwankungen der Blutmenge und des Blutdrucks im wachenden resp. schlafenden Gehirn seien unabhängig vom Eintritt des Schlafes, sondern gewissermaassen nur Nebenerscheinungen.

Wenn diese Angaben sich bestätigen, so werden allerdings bestimmtere Indicationen für die Anwendung des einen oder des anderen Narcoticums in den einzelnen Krankheitsfällen ermöglicht werden. So würde man bei anämischen Zuständen des Hirns hiernach dem Alcohol, sonst dem Paraldehyd (oder vielleicht dem Chloral) den Vorzug geben, wenn es sich um künstliche Herbeiführung von Schlaf handelt. Auf anderem Wege ist man ja übrigens auch zu einem ähnlichen Resultate gelangt.

Sommer.

Pathologie des Nervensystems.

3) **Beitrag zur Lehre von der Localisation der Gehirnkrankheiten, von der secundären Degeneration und dem Faserverlauf in den Centralorganen des Nervensystems** von Prof. Mannkopf, Marburg. (Ztschr. f. klin. Med. 1884. Bd. VII. Supplem.-H.)

M. berichtet in ausserordentlich eingehender Weise über klinische Geschichte und anatomischen Befund einer exact zu begrenzenden Herderkrankung in der motorischen Zone des Grosshirns. Ein 19jähriges Mädchen, das an Insuff. valv. mitral. litt, wurde während der Arbeit auf dem Felde von einem apoplectischen Insult betroffen, nachdem linksseitige complete Hemiplegie mit Einschluss des Gesichts und der Zunge, sowie Dysarthrie constatirt wurde. Letztere, die Sprachstörung, verlor sich schon nach wenigen Tagen; nach 2 Wochen begann die Motilität der Extremitäten wiederzukehren. Zu dieser Zeit wurde an der linken Oberextremität eine geringe, aber deutliche Herabsetzung der Sensibilität gefunden. Nach 11 Wochen hatte sich (unter Jodkali und centraler galvanischer Behandlung) die Beweglichkeit des Beines vollständig, die des Armes grösstentheils wieder hergestellt, nur die Bewegungen der Hand waren mangelhaft geblieben.

Als die Patientin nach 3 Monaten wieder aufgenommen wurde, war ausser der noch bestehenden leichten Parese des untern Facialisgebiets auch eine Schwäche der Innervation in den oberen Aesten (Frontalis und Orbicul. palpebr.) deutlich; es bestand noch wesentliche Herabsetzung und Unsicherheit der Motilität des linken Arms, eine geringe Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit an den Vorderarmmuskeln, eine geringe Herabsetzung der Sensibilität an der linken Stirn- und Halshälfte wie am linken Arm. Die linke untere Extremität verhielt sich normal. Der linke Arm etwas kühler und von geringerem Umfang als der rechte; bei passiven Bewegungen geringer Muskelwiderstand. Später entwickelte sich Oedem an den unteren Extremitäten, im Gesicht und an der linken oberen Extremität. Die Pat. starb unter Zunahme der Compensationsstörungen von Seiten des Herzfehlers etwas über 7 Monat nach dem apoplectischen Insult, ohne dass sich an den Innervationsstörungen noch etwas geändert hätte.

Die Section ergab in der rechten Grosshirnhemisphäre eine cystische Höhle, die wesentlich den unteren zwei Dritteln der hinteren Centralwindung und dem entsprechenden Abschnitt des Centrums semiovale angehört, wenig auf die benachbarten Partien der vorderen Centralwindung und beider Scheitelläppchen übergriff. Genauer umfasste der zerstörte Bezirk: die Rinde der hinteren Centralwindung in ihrem 2.—5. Achtel, die weisse Substanz in der Markleiste der hinteren Centralwindung, entsprechend den oberen Theilen des unteren Parietalbündels und dem ganzen mittleren Parietalbündel (Pitres); ferner die weisse

der vorderen Centralwindung entsprechende Markmasse, in einem dem oberen äusseren Theil des unteren Frontalbündels zugehörigen Abschnitt; ferner die Uebergangspartie der hinteren Centralwindung in das obere Scheitelläppchen, ebenfalls nur in der weissen Substanz, dem oberen vordersten Theil des oberen Pediculoparietalbündels (Pitres) entsprechend.

Die mikroskopische Untersuchung der Umgebung der Erweichungscyste ergab noch secundär entzündliche Veränderungen, an denen folgende Partien betheiligt waren: ein kleiner Bezirk der Rinde der vorderen Centralwindung an der Grenze des mittleren und unteren Drittels, deren Marksubstanz (obere Partie des unteren Frontalbündels); im Lobulus supramarginalis Rinde und Markmasse im unteren vorderen Theil (unteres Pediculoparietalbündel).

Der primäre Herd betraf also einen Theil der rechtsseitigen motorischen Region der Rinde und des Centrum semiovale. Derselbe hatte secundäre Degeneration zur Folge gehabt, die in ihrem Verlauf ebenfalls auf's minutiöseste festgestellt wurde. Das vom unteren, inneren und vorderen Ende der primären Läsion abtretende Bündel degenerirter Stabkranzfasern spaltete sich bei seinem Eintritt in die innere Kapsel in 2 Zweige, deren einer sich eine kurze Strecke zwischen Aussenwand des III. Linsenkerngliedes und Vormauer nach vorn und unten in der Capsul. externa erstreckte und hier verlor. Die 2. Abzweigung liess eine beträchtliche Anzahl degenerirter Fasern zur inneren Wand des Sehhügels und in dessen Substanz hineinstrahlen (Verbindungsfasern der Hirnrinde mit dem Thalamus). Der Hauptstamm der degenerirten Partie, der Pyramidenbahn angehörig, nahm überall die äussere Hälfte der inneren Kapsel ein, im obersten Theil in ihrem hinteren Fünftel, etwas tiefer in ihrem hinteren Drittel; er rückte dann immer mehr in ihr mittleres Drittel hinein und fand sich schliesslich im unteren Abschnitt der inneren Kapsel in der hinteren grösseren Hälfte ihres mittleren Drittels.

Diese Lage der degenerirten Bahn entspricht nicht ganz der seit Charcot und Flechsig angenommenen Situation der Fasern in der inneren Kapsel, in M.'s Fall schien ein Theil der Pyramidenbahn hinter dem von Ch. und F. letzterer zugewiesenen Abschnitt der Capsul. int. in einem Gebiet, das sonst der Leitung der sensiblen Bahn zugewiesen wird, zu liegen (doch steht, wie M. bemerkt, sein Fall in dieser Beziehung nicht isolirt da). Entweder handelt es sich um eine individuelle Verschiedenheit in der Lage der Pyramidenbahn, oder ein Theil der letzteren gehört constant dem hinteren Drittel des hinteren Kapselschenkels an.

Im Hirnschenkelfuss lag an seinem Uebergang aus der inneren Kapsel im Niveau des Tractus opticus die degenerirte Partie von unten-innen an gerechnet im 5. Sechstel des Querschnitts, weiter abwärts im 3. und 4. Fünftel. In der Brücke nahm die degenerirte Partie eine mittlere Gruppe von Längsbündeln — aber nicht vollständig — ein; in der rechten Pyramide lagen die degenerirten Fasern überall durch den Querschnitt zerstreut. Im Rückenmark (Halstheil) hatte die secundäre Degeneration die gewöhnliche Lage und Ausdehnung im linken Seitenstrang, aber nicht die Dichtigkeit wie bei ausgedehnter Zerstörung der inneren Kapsel. Im rechten Vorder- und rechten Seitenstrang nichts von secundärer Degeneration.

Wir haben ein ziemlich ausführliches Resumé des objectiven Befundes gegeben; betreffs zahlreicher vergleichender Beziehungen und die Localisationsfrage berührender Ausführungen verweisen wir auf das Original. Eisenlohr.

---

4) Observation d'épilepsie transmise de l'animal à l'homme par Planat. (Annales méd.-psychol. 1884. Mai p. 383.)

Ein in ländlichen Verhältnissen lebender Schmied besass eine Katze, welche mit dem (kinderlosen) Ehepaar aus einer Schüssel zu essen pflegte. Dieses Thier litt

an epileptischen Krämpfen und biss eines Tages seinen Herrn. In nicht näher bestimmbarer Zeit traten dann heftige epileptische Anfälle ein.

Nach unbestimmter Zeit ist dann die Frau des Schmieds ebenfalls an Epilepsie erkrankt.

Näheres über den Verlauf der Krankheit zu geben ist Verf. nicht im Stande, ausser dass die Anfälle frequenter geworden und die beiden Unglücklichen bald den äusserst heftigen Attacken erlegen seien.

P. lässt die Frage, ob hier eine Uebertragung von epileptischem Virus von der Katze auf das Ehepaar stattgefunden hat, offen, zumal auch nicht fest steht, ob eine solche Uebertragung durch Biss oder durch Aufnahme von Speichel der Katze, in Folge des intimen Zusammenessens aus einer Schüssel, statthatte. Dass die Frau gebissen worden ist, wurde überhaupt nicht angegeben.

Es wird übrigens noch erwähnt, dass andere Forscher (Plaque, Gélineau) die Uebertragbarkeit der Epilepsie durch Secrete von Thieren auf den Menschen behauptet haben.

Das Zustandekommen der Epilepsie durch „Impression" wird angesichts des Alters des Ehepaars und des geringen Eindrucks, den eine Katzenepilepsie machen konnte, verneint. Uebrigens lag bei beiden Erkrankten keine erbliche Disposition zur Epilepsie vor. Jehn.

---

5) **Ein Fall von sehr tiefer Erniedrigung der Körpertemperatur nach primärer Hämorrhagie in der Medulla oblongata; zugleich ein Beitrag zur Lehre vom Sitz des thermischen Centrums.** Von Dr. C. Lemcke. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXXIV. S. 84.)

In die medicinische Klinik zu Rostock wurde am 26. October ein 38jähr. sehr verwahrloster Potator aufgenommen, welcher kurz zuvor völlig bewusstlos geworden war. Der ganze Körper fühlte sich auffallend kalt an und die im Rectum vorgenommene Temperaturmessung ergab 23 ° C. Der Puls anfangs 32, hob sich später auf 40 Schläge in der Minute. Abends Tod unter den Erscheinungen des Lungenödems. — Die genaue anatomische Untersuchung der Oblongata ergab einen frischen hämorrhagischen Herd, welcher 3 mm nach links von der Medianlinie und etwa $1^1/_2$ mm unter dem Boden des 4. Ventrikels lag, dessen Höhe etwa 4 mm betrug und von der Mitte der Olive bis zur Spitze der Ala cinerea reichte. Bezüglich der Bulbärkerne hatte er seinen Sitz hart lateralwärts und nach oben vom Kern des N. vagus und medianwärts und etwas nach unten vom medialen oberen Kern des N. acusticus. In der rechten Brückenhälfte, in der Nähe des Abducenskerns, eine kleine Erweichung. Strümpell.

---

6) **Sur la paralysie par irritation périphérique** par le Dr. H. Bidon. (Revue de méd. 1884. Avril p. 334.)

Die Arbeit enthält ausser einigen aus der Literatur gesammelten Fällen zwei eigene Beobachtungen, welche vom Verf. als Reflexlähmungen aufgefasst werden. Der erste mitgetheilte Fall betrifft einen 34jährigen Soldaten, welcher in Algier einen Schuss in der Gegend des rechten Knies erhielt. Nach Heilung der Wunde blieb eine vollständige Gelenksteifigkeit nach. Einen Monat später trat Lähmung und Anästhesie des rechten Arms ein, welche Erscheinungen allmählich wieder vollständig verschwanden. — Die zweite Beobachtung betrifft einen nervös beanlagten 40jährigen Journalisten, welcher sich durch einen Fall mehrere blutige Verletzungen in der Gegend des Kreuzbeins und des Afters zuzog. Etwa $2^1/_2$ Monate später trat ziemlich rasch eine sehr starke Parese und Anästhesie aller 4 Extremitäten ein.

welche Symptome nach zweimonatlicher Behandlung mit Strychninpräparaten u. a. sich wieder vollständig zurückbildeten.

Die epikritischen Bemerkungen des Verf. enthalten eine Erörterung der bekannten, über das Wesen der „Reflexlähmung" aufgestellten Theorien. Strümpell.

---

7) **Note sur un cas de sueurs localisées dans le cours d'un tabes dorsal** par M. F. Raymond et M. G. Artaud. (Revue de méd. 1884. Mai p. 414.)

In einem Falle von typischer Tabes traten nach den sehr starken Schmerzanfällen in den Beinen jedesmal heftige Schweisse auf; zuweilen auch Bildung von Sudamina und an den Unterschenkeln kleine Ekchymosen. Ausserdem konnte man nach jeder Mahlzeit ein sehr intensives Schwitzen der rechten Gesichts- und Kopfhälfte beobachten. — Von den bestehenden trophischen Störungen verdient noch der Verlust der Nägel an den Zehen Erwähnung. Strümpell.

---

8) **Arthropathie tibio- péronéo-tarsienne gauche tabétique** par E. Gaucher et P. Duflocq. (Revue de méd. 1884. Mai p. 419.)

Fall von alter, seit 30 Jahren bestehender Tabes, bei welchem sich die in der Ueberschrift erwähnte Affection entwickelt hatte. Sehr starke Knochenauftreibung (durch Osteophytbildung?). Keine anatomische Untersuchung. Strümpell.

---

9) **Spondylolisthese bei einem Tabiker** von Dr. G. Krönig. (Ztschr. f. klin. Med. 1884. Bd. VII. Supplem.-H.)

Ein seit 10 Jahren an Tabes leidender 35jähriger Bäcker, der niemals schwerer körperlicher Arbeit sich zu unterziehen gehabt, glitt im Jahre 1882 mit dem linken Bein einige Treppenstufen hinab und fühlte dabei deutlich ein Knacken in der Lendenwirbelsäule, doch konnte er unmittelbar darauf ohne Beschwerde weiter gehen. Nach einem Vierteljahr gesellte sich zu dem schleudernden Gang noch eine auf mangelndem Halt der Wirbelsäule beruhende Unsicherheit beim Stehen und Gehen. Die objective Untersuchung ergab eine auffällige relative Verkürzung des Bauches, eine tiefe, vom Dornfortsatz des 5. Lendenwirbels bis zum 8. Brustwirbel sich erstreckende Lumbodorsalrinne, eine Lordose der Regio lumbalis, gesteigerte Concavität der frontalen Kreuzbeinfläche, einen prolabirten und etwas herabgeglittenen 5. Lendenwirbelkörper, abnorme Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule wesentlich in sagittaler Richtung. Dabei mangelte Schmerzhaftigkeit vollständig, fast bei jeder Verschiebung aber trat mehr oder minder starkes Krachen auf. Die Beckenneigung war kaum verändert.

Der Gang war erstens ausgesprochen atactisch und zweitens watschelnd, wie bei Paralyse der Lendenstrecker. Durch einen zugleich von vorn und hinten auf die Lendenwirbelsäule ausgeübten Druck wurde der Gang bedeutend erleichtert.

Verf. zieht in eingehende Erwägung, welche von den beiden möglichen Ursachen, congenitaler Bildungsdefect oder tabische Wirbelarthritis das Herabsinken des 5. Lendenwirbels bedingt haben könnte.

Obwohl die Annahme einer tabischen Erkrankung des Sacrolumbalgelenks, bestehend in einer Arthritis sicca, die durch Osteoporose leicht zu einer Infraction oder Fractur des Wirbelbogens führen konnte, sehr plausibel erscheint, so verkennt doch Verf. nicht, dass dieser supponirten Arthropathie auch gewichtige Bedenken entgegen stehen, dass erstens bis jetzt eine tabische Wirbelarthropathie noch nicht bekannt ist und dass zweitens die in seinem Fall vorhandene Arthritis nicht den Charakter der tabischen hat, durchaus keine Wucherungsvorgänge an der Knochensubstanz darbietet. Eisenlohr.

---

10) **Knee-phenomenon in locomotor ataxia** by Dr. Zenner. (Journ. of nervous and mental disease. 1884. XI. p. 242.)

Verf. theilt die Krankengeschichte eines 40jährigen Bahnbeamten mit, der vor 20 Jahren mit einem Ulcus ohne secundäre Symptome inficirt, seit längerer Zeit über lancinirende Schmerzen und seit etwa 6 Monaten über Coordinationsstörungen und Urinbeschwerden klagte. Es wurde Tabes diagnosticirt, doch glaubt Verf., dass es sich wohl um eine „Myelitis" handele, da die Kniereflexe gesteigert sind; auch hat sich in ziemlich rapider Weise eine Paralyse und Atrophie der linksseitigen Armmusculatur ausgebildet und die Sensibilitätsstörungen sind in den oberen Extremitäten stärker, als in den unteren.

Verf. hält das Westphal'sche Zeichen für durchaus zuverlässig und verwirft die Diagnose Tabes, sobald die Kniereflexe vorhanden sind. Sommer.

Psychiatrie.

11) **Insanity from lead-poisoning** by Dr. Clevenger. (Chicago medical Journ. and Examiner. 1884. Febr.)

Ein 50jähriger alleinstehender Arbeiter wurde ohne genauere Anamnese in eine Irrenanstalt aufgenommen und bot das Bild des melancholischen Stupors mit intercurrenten epileptiformen Anfällen. Gelegentlich eines zufälligen Besuches durch einen alten Freund wurde ermittelt, dass der Pat. vor der Erkrankung in einem Bleiwerk gearbeitet hatte. Nun wurden auch die Zahnfleischverfärbung und andere Symptome chronischer Bleiintoxication gefunden und eine entsprechende Behandlung mit Jodkalium, Bädern etc. eingeleitet.

Völlige Genesung nach etwa 7 Wochen. Sommer.

---

12) **Business worry as a case of paretic dementia** by Dr. Hurd. (Journ. of nervous and. ment. disease. 1884. XI. p. 307.)

Verf. glaubt, in den letzten Jahren, etwa seit 1881, eine auffällige Abnahme der Erkrankungen an progressiver Paralyse beobachtet zu haben. Jedenfalls sind die Paralytikeraufnahmen in die von ihm geleitete Anstalt (Pontiac in Michigan, Vereinigte Staaten) seit jener Zeit erheblich seltener geworden. Er schiebt diese Erscheinung auf die inzwischen eingetretene Besserung aller finanziellen Verhältnisse. Früher habe unter dem Druck ungünstiger Handelskrisen der aufreibende Kampf um die materiellen Bedingungen des Lebens besonders bei Kaufleuten häufig den Ausbruch der Paralyse veranlasst, während sich jetzt nur weniger gewagte Speculationen nöthig machen.

Wenn nun auch in vielen Fällen zweifelhafte Unternehmungen oder gar ein Concurs nicht erst die Ursache, sondern schon die Folge des paralytischen Grössenwahns sein dürften, so glaubt Ref. doch jener Annahme beistimmen zu können, da er zufällig mit einer analogen Untersuchung beschäftigt, zu einem ähnlichen Resultat gekommen ist. Freilich haben in Deutschland wohl auch die Invaliden des Feldzuges 1870/71 ein grösseres Contingent zu den Paralytikern der Jahre 1870—1880 gestellt, das jetzt in Wegfall gekommen ist. Jedenfalls sind auch in Allenberg die Paralytikeraufnahmen seit 1881 auf etwa 13 % aller ersten Männeraufnahmen gesunken, während sie in den Jahren 1873—1880 incl. fast 20 % betragen haben.

Sommer.

---

13) **On morbid drowsiness and somnolence** by Dr. Dana. (Journ. of nervous and mental disease. 1884. XI. p. 153.)

In dieser Arbeit, der ein Vortrag in der „Neurological society" zu New-York zu Grunde liegt, theilt Verf. eine grössere Zahl eigener und fremder Beobachtungen mit, die durch das anfallsweise Vorkommen von protrahirten Schlafzuständen charakterisirt sind. Derartige Attacken, die gelegentlich wegen der erschwerten Nahrungsaufnahme seitens des Patienten bedenklich werden können, entstehen vorwiegend auf epileptischer, hysterischer oder hypnotisch-kataleptischer Basis. Andererseits können sie die Folge von gewissen Erschöpfungszuständen darstellen oder durch Intoxicationen, wie Malaria, Diabetes, oder durch reale Hirnerkrankungen, die in einzelnen Formen von Geistesstörung (Katatonie und in dem Prodromalstadium der allgemeinen Paralyse) oder bei Tumoren, nach Insolation etc. bedingt sein.

Je nach der Intensität der Symptome unterscheidet Verf. (mit Briquet) Lethargie mit aufgehobenen Reflexen, Somnolenz (tiefer protrahirter Schlaf) und Schläfrigkeit (Benommenheit mit grosser Neigung, zeitweilig einzuschlafen) die sich zu den verschiedensten Combinationen, auch in Bezug auf ihre Dauer, vereinigen können. Bei Frauen kommen — abgesehen von einfacher Hypnose — protrahirte Schlafzustände etwa 3mal so häufig vor, als bei Männern (28 : 9). Was die Behandlung betrifft, so wird natürlich zunächst die Ursache der Schlafanfälle berücksichtigt werden müssen. Symptomatisch wird man etwaige Hyperämie oder Anämie des Hirns bekämpfen, durch starke Haut- und Sinnesreize, Weckversuche anstellen und ausserdem die Ernährung, eventuell durch Schlundsonde, unterstützen. Laycock's Schnupfpulver aus Chinarinde und weisser Niesswurz bestehend wird speciell als Weckmittel empfohlen.

Sommer.

---

14) **Inebriety associated with imbecillity** by T. D. Crothers. (Alienist and Neurol. 1884. April.)

Verf. macht in dieser Arbeit auf eine specifische und in Bezug auf ihre Heilbarkeit sehr ungünstige Form des chronischen Potatoriums aufmerksam. Es handelt sich in den betreffenden Fällen fast ausschliesslich um Individuen, die in der Kindheit wenig begabt erschienen sind, dann aber von abnormem Ehrgeiz beseelt plötzlich anfingen ausserordentlich fleissig zu arbeiten, wenn auch nur in sehr einseitiger Weise, und oft genug in auffallend kurzer Zeit glänzende Kenntnisse erwarben. Sobald sie aber in eine verantwortliche Stellung kamen und ihre Kenntnisse verwerthen sollten, fielen sie ab, da zu selbstständiger Arbeit ihre mittelmässige Hirnorganisation nicht genügen konnte, und sie bedurften nun einen Stimulus, der sie eine gewisse Zeit lang noch im Kampfe um's Dasein durch half, nämlich den Alcohol. Sehr bald entwickelte sich dann aber das schwerste Potatorium und liess diese Unglücklichen völlig verkommen. Eine Heilung dieser Form des Alcoholismus gehört zu den grossen Seltenheiten und Verf. warnt daher in prophylactischer Hinsicht vor der Ueberanstrengung leicht imbeciller Personen. In drohenden Fällen macht sich gewöhnlich schon zur Zeit der Pubertät ein reizbares und excentrisches Wesen bemerkbar mit einem charakteristischen Mangel an Ueberlegung und Selbstbeherrschung. Eine verständige Erziehung und ein guter Hausarzt werden hier von weit grösserem Nutzen sein, als alle Klagen über die Ueberbürdung der Schüler. In einer früheren Arbeit macht übrigens der Verf. darauf aufmerksam, dass nicht allzu selten ein einziger zufälliger Excess, z. B. bei Gelegenheit irgend eines Festes, in ähnlichen Fällen unmittelbar aus einem bis dahin nüchternen Individuum einen chronischen Säufer gemacht habe und es dürfte auch in dieser Hinsicht eine sachgemässe Prophylaxe zu empfehlen sein.

Sommer.

---

15) **Ett typiskt fall af primär förryckthet**, meddeladt af med.-råd. F. Björnström. (Hygiea. 1883. XLV. 10. S. 601.)

Der vom Verf. mitgetheilte Fall betrifft einen zur Zeit der Aufnahme im Stockholmer Hospitale (28. Dec. 1881) 39 J. alten Telegraphenassistenten, der den Entwickelungsgang seiner Krankheit selbst mit äusserster Genauigkeit und Ausführlichkeit niedergeschrieben hat. Pat. war vorher ganz gesund gewesen und in allen seinen Arbeiten äusserst genau und gewissenhaft, keines seiner Eltern war geisteskrank. Seine Gewissenhaftigkeit war übertrieben und ging zur Scrupulosität, und hieraus entwickelten sich pedantische Grübeleien über mögliche Fehler und Versäumnisse im Dienste, Verfolgungsideen, erst unter der gelinden Form, dass er Gegenstand der Nachforschung und Spionirung von Seiten seiner Kameraden und Vorgesetzten sei, später übergehend in den Verdacht, dass Andere sich ungehöriger Weise in seine Gedanken oder in seine privatesten Angelegenheiten mischten. Auf der andern Seite zog diese Scrupulosität ein immer mehr vermindertes Selbstvertrauen nach sich, Unsicherheit und Aengstlichkeit, nichts recht zu machen und nicht recht zu handeln, quälenden Zweifel über eigene Kraft, Tauglichkeit und Ordentlichkeit, der in wirkliche Zweifelsucht ausartete. Erst nach 3 Jahren stellten sich Gehörshallucinationen ein, das erste Mal in Folge davon, dass er während eines Selbstgesprächs seine eigene Antwort objectivirte und sie von einer Frauenstimme im Nebenzimmer aussprechen hörte. Seit der Aufnahme vermehrten sich die Hallucinationen und nahmen die Form von Kinderstimmen an, die ihn beständig verfolgen, sich in seine Gedanken mischen und ihn verwirrt machen und oft in Angstzustände versetzen. Diese Stimmen haben für ihn volle Realität; weit entfernt davon, auf die Erklärung des Arztes, dass sie subjectiver Natur seien, einzugehen, benutzt sie Pat. als Ausgangspunkt einer ganz sinnreichen spiritistischen Theorie über das Dasein von Geistern und ihr Vermögen sich auf Entfernungen zu versetzen. Seine Stimmung ist dabei so freundlich und gutmüthig, dass alle diese Leiden, die er von den Wesen, von denen nach seiner Meinung die Stimmen ausgehen, herleitet, nicht vermocht haben, ihm Bitterkeit gegen diese Wesen beizubringen, er betrachtet diese Wesen nicht als Feinde, sondern als Freunde. Gesichtshallucinationen hat Pat. bis zur Zeit der Mittheilung noch nicht gehabt, obwohl er deren Möglichkeit nach seiner spiritistischen Theorie deducirt, dagegen beschreibt er eine Gefühlshallucination, die er einmal in einer grossen Zehe gehabt hat. Das merkwürdigste und interessanteste psychopathologische Phänomen bei dem Pat. sind seine intensiven Zwangsgedanken, die er selber als solche auffasst und gegen die er unablässig ankämpft. Eine besondere Art von Zwangsvorstellungen treten bei dem Pat. in Form von „Gegengedanken" auf; es drängen sich ihm die Gedanken auf, dass etwas möglicher Weise das Entgegengesetzte von dem sein kann, wofür er es wirklich hält. Eine andere Art von Gegengedanken leitet ihn auf die Unrichtigkeit seiner Zwangsvorstellungen. Trotz alledem sind die intellectuellen Kräfte des Pat. noch ungewöhnlich gut; er besorgt alle Aufträge mit der grössten Ordnung und Pünktlichkeit und versieht verschiedene Dienste im Hospital, in seinen Mussestunden arbeitet er noch, meist Reformvorschläge behandelnde Aufsätze aus den verschiedensten Fächern in Masse aus. Im Allgemeinen ist sonst seine Stimmung gut, nur mitunter bereiten ihm seine Gehörshallucinationen Kummer, und die Furcht, jemandem mit ungerechten Worten zu nahe zu treten, hat ihn etwas menschenscheu gemacht. — Es handelt sich also in diesem Falle um primäre Verrücktheit mit Zwangsvorstellungen und Hallucinationen und zwar ist die Verrücktheit deutlich primärer oder originärer Natur.

Walter Berger.

---

16) **Essai sur la pathogénie du Crétinisme** par Dr. Verdan. (Paris 1883.)

Verf. sucht zu zeigen, dass bei dem Cretinismus nicht blos die Schilddrüse, sondern auch die Thymusdrüse geschwollen sei, und dass gerade diese letztere An-

schwellung einen Einfluss auf die Entwickelung des Cretinismus habe (vielleicht durch Störung im Rückfluss des Blutes, wodurch Hydrocephalus hervorgebracht werden könnte). Abgesehen von einigen seltenen Autopsien von jungen Cretins, die von Virchow berichtet werden, fehlt es jedoch an dem Nachweis dieser Betheiligung der Thymus. Verf. meint jedoch, dass die Ausdehnung der subcutanen thoracico-abdominalen Venen, der retro-sternale Schmerz und die asthmatischen Anfälle bei einer gewissen Zahl von Cretins als Zeichen der Hypertrophie der Thymus gedeutet werden können, da man dieselben Zeichen auch beim Sarcom der Thymus findet. Für die Behandlung schlägt Verf. das Jod vor, selbst vor der Geburt d. h. der Mutter während der Schwangerschaft dargereicht. (Révue de méd. 1883. Juin.)

Therapie.

17) **Paraldehyd als Schlafmittel** von v. Noorden. (Ctrlbl. für klinische Medicin. 1884. Nr. 12.)

Die ersten ausführlichen Mittheilungen über Darreichung von Paraldehyd bei somatischen Erkrankungen; die dargereichten Dosen schwanken zwischen 3,0 und 6,0 Gramm. Nach jeder Dosis trat Schlaf nach ca. $^1/_2$ Stunde ein. Die Patienten schliefen 5—6 Stunden lang ruhig und fest. — Paraldehyd wurde in mehr als 50 Einzeldosen bei Emphysem und Bronchitis verabreicht mit gutem, präcisem Erfolg; ferner bei Phthisis, bei Rückenmarks- und Nervenkrankheiten, bei Herzkrankheiten, bei ikterischem Hautjucken, chronischem Gelenkrheumatismus, Schlaflosigkeit aus unbekannten Gründen, bei Schmerzen verschiedener Art. Als Cointraindicationen werden schwere Magenleiden betrachtet.

Sphygmographische Untersuchung ergab, dass die Druckherabsetzung im Gefässsystem nur ganz gering ist; bekanntlich ist das Gegentheil — starke Verminderung des arteriellen Drucks — ein Nachtheil des Chloralhydrats.

Der Paraldehyd verdient somit einen hervorragenden Platz unter der kleinen Menge reichlich brauchbarer Narcotica. M. Cohn, Hamburg.

18) **Ueber das Coniinum bromatum** von W. Olderogge. (Inaug.-Dissertation. St. Petersburg 1884. Russisch.)

Eine umfassende pharmakologische Untersuchung, ausgeführt im Laboratorium des Prof. Ssuschtschinski. Da die verkäuflichen Coniinpräparate unrein sind und verschiedene Beimischungen enthalten, die Nebenwirkungen bedingen, benutzte Verf. hauptsächlich das von ihm selbst hergestellte Bromsalz. Von den mannigfaltigen, an Fischen, Fröschen Kaninchen, Hunden etc. angestellten Versuchen sind hier nur einige der Hauptergebnisse zu referiren.

An Fröschen bewirken schon geringe Dosen des Präparats Herabsetzung der Reflexthätigkeit, was Verf. auf Grund seiner Versuche hauptsächlich einer Functionshemmung des centralen Nervensystems zuschreibt, zum Theil einer Beeinträchtigung der Hautsensibilität.

Die Intoxicationserscheinungen an Warmblütern bestehen wesentlich in allgemeiner Schwäche, Athmungsstörungen und Parese der willkürlichen Muskeln, die von den Hinterextremitäten allmählich nach vorn fortschreitet. Toxische Dosen bewirken Tod durch Lähmung des Athmungscentrums. Die elektrische Erregbarkeit der motorischen Rindencentren erleidet durch kleine Dosen fast keine merkbare Veränderung; bei grösseren wird sie anfänglich etwas gesteigert, doch in einer zweiten Wirkungsperiode sinkt sie merkbar herab. Jedenfalls ist die Beeinflussung der Rindenerregbarkeit durch Con. brom. unbedeutend, und die durch Absinth-Essenz hervorgebrachte Erhöhung derselben lässt sich durch gleichzeitige Injection von Con. brom. nicht herabsetzen.

Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks einiger Hunde, die mit Con. brom. vergiftet waren, ergab nichts Pathologisches ausser vereinzelten degenerirten Nervenzellen in der grauen Substanz.

Zum Schluss theilt Verf. einige Versuche mit über die Behandlung der Epilepsie mit Coniin. Er verabreichte $^1/_2$ Gran pro dosi 6—8mal täglich, konnte jedoch keinen Erfolg constatiren; ebenso resultatlos blieb die Behandlung bei einigen anderen nervösen Leiden. P. Rosenbach.

---

19) **Conium in acute mania** by Dr. F. Thümmler. (Medical Journ. and Examiner. 1884. Febr.)

Ein 24jähriger Mann wurde in unregelmässigen Zwischenräumen und ohne Vorboten von ausserordentlich heftigen impulsiven Anfällen ergriffen. Extract. conii, in der (hohen) Dosis von 0,6 3mal täglich, bewirkte ein Ausbleiben der Anfälle und nach 6 Monaten völlige Genesung. Die Wirksamkeit des Coniums wurde dadurch bewiesen, dass jedes Aussetzen der Ordination im Beginn der Behandlung die Anfälle in ihrer früheren Heftigkeit wiederkehren liess. Sommer.

---

20) **The use of Hyoscyamine in the treatment of mental diseases** by Dr. Metcalf. (The Journ. of nervous and mental disease. 1884. XI. p. 321.)

Verf. empfiehlt dringend die Anwendung des Hyoscyamins in Fällen von frischer Tobsucht; nach 20 Minuten ist schon eine Besserung zu bemerken. In den seltenen Fällen, in denen der Erregungsanfall nicht abgekürzt wird, wird wenigstens eine ruhige Nacht erzielt. Die Dosis beträgt für Männer 6, für Frauen 5 Milligramm. Sommer.

---

21) **Treatment of melancholia** by Dr. Tuttle. (Boston medical and surgical Journ. 1884. 24. Jan.)

8 Fälle von Melancholie wurden mit Brompräparaten in Verbindung mit Cannabis indica behandelt, aber ohne besonderen Erfolg, da nur eine Heilung und zwei Besserungen auf den gleichzeitigen Gebrauch beider Mittel zurückgeführt werden konnten. Sommer.

---

22) **Snake-poison as a remedy for tetanus** by Dr. Ameden. (Med. News. 1883. 29. Sept., referirt in Journ. of nerv. and mental disease. 1884. April. p. 316.)

In einem verzweifelten Fall von traumatischem Tetanus entschloss sich Verf., dem die antagonistischen Wirkungen des Klapperschlangengiftes aufgefallen waren, eine Impfung mit einem Tropfen des einer frisch getödteten Schlange entnommenen Giftes zu versuchen. 10 Stunden später waren alle Symptome des Tetanus geschwunden und Pat. schlief 6 Stunden lang. Nach weiteren 30 Stunden trat ein Rückfall ein, doch wurde derselbe durch eine neue Impfung schnell coupirt und es schloss sich nun völlige Genesung an. Die Impfung machte übrigens keine besonderen localen Symptome, wohl aber war der Collaps so bedeutend, dass der Zustand des Pat. nicht unbedenklich schien. Sommer.

---

23) **Oöphorectomy and insanity** by Dr. Lee. (New-York medical Journ. 1883. 14. Juni.)

Verf. machte in einem Fall von schwerer Hysterie die beiderseitige Castration (bei anscheinend normalen Ovarien) in der Hoffnung, mit den localen Beschwerden auch die psychischen Abnormitäten der betreffenden Patientin günstig zu beeinflussen.

Der Ausgang entsprach indess seinen Erwartungen durchaus nicht, indem die Kranke nach der Operation zunehmend schlechter wurde und bald einer Irrenanstalt überwiesen werden musste. Sommer.

II. Aus den Gesellschaften.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Sitzung den 9. Juni 1884.

Jastrowitz: **Ueber einen Fall von Zwangsvorstellung in foro, nebst einigen Bemerkungen über Zwangsvorstellungen.**

Der forensische Fall betrifft einen Mann, der im Pferdebahnwagen einer Frau das Portemonnaie entwendet hatte. Nach der That wendete er sich in grosser Erregung an den Vortr., und versicherte, er sei durch einen krankhaften Zustand zu der strafbaren Handlung gekommen, weil schon seit langer Zeit, wenn er Dinge, die zum weiblichen Gebrauch dienen, sehe, er unter sexueller Erregung den unwiderstehlichen Drang verspüre, diese Dinge sich anzueignen. So habe er auch bei der incriminirten Handlung bei der Berührung mit jener Frau ein eigenthümliches zusammenschnürendes Gefühl gehabt, das von den Hypochondrien nach dem Halse aufstieg, und sich dann nicht enthalten können, das Portemonnaie zu nehmen.

Anamnestisch und hereditär lag wenig vor; nur sollen im Alter von 9—11 Jahren Ohnmachtsanfälle aufgetreten sein. Starker — aber nie perverser — Geschlechtstrieb. Der Angeklagte ist verheirathet, Vater von 5 gesunden Kindern.

J. konnte nicht recht mit sich zur Entscheidung kommen. Epileptische Kriterien fehlten, es blieb eigentlich nur die Zwangsvorstellung mit sexueller Färbung, wobei jedoch ausgesprochene wollüstige Erregung in Abrede gestellt wird. — Nun haben allerdings Passow, Zippel und neuerdings Charcot und Magnan analoge Fälle gesammelt. Aber in diesen liegt die Sache doch in mancherlei Beziehung anders, als hier; es handelt sich dort stets um schwere nervöse und psychische Erkrankungen.

Schliesslich liess J. sich durch den für den Angeklagten ausserordentlich günstigen Verlauf der Verhandlung bestimmen, einen unfreien Geisteszustand bei der That anzunehmen, indem nämlich, abgesehen von dem vollkommen guten Leumund des Angeklagten, die Zeugen der That im Pferdebahnwagen bekundeten, dass der Thäter ihnen sehr aufgeregt und wie abwesend vorgekommen sei. Auch der betreffende Criminalbeamte gab seiner Ueberzeugung von der Nichtschuld des Angeklagten Ausdruck.

Hierzu kam noch, dass der Angeklagte Stimmer in einer Pianofortefabrik ist; und es ist schon früher (1877) von dem Vortragenden und auch von Prof. Lucae darauf aufmerksam gemacht worden, dass eine sehr angestrengte Thätigkeit des Gehörssinnes zur Gehirnstörung disponirt. So habe wohl auch im vorliegenden Falle diese Ursache eine Impressionabilität des Gehirns erzeugt, und auf einem solchen Boden sei dann wohl die Zwangsvorstellung entstanden.

Ein derartiger impressionabler Zustand des Gehirns, glaubt Vortr., müsse immer angenommen werden, wo Zwangsvorstellungen auftreten. So könne anstrengender Musikunterricht, Schlaflosigkeit, Hysterie, Epilepsie etc. die Disposition zu Zwangsvorstellungen bilden.

Man habe in der neueren Literatur den Zwangsvorstellungen ihren Platz im System bei der Verrücktheit (Paranoia) angewiesen, nach des Vortr. Ansicht sei dies nicht richtig. Auch der Definition Westphal's, der sie als abortive Verrücktheit bezeichnet, könne er nicht beistimmen. Sie seien entweder ein elementares Symptom bei den verschiedensten Psychosen, besonders häufig bei erblich disponirten Kranken. Oder sie treten ganz occasionell bei nicht disponirten, nicht degenerirten auf, z. B. durch ein Trauma. Niemals entwickeln sie sich bei einem bis zu ihrem Erscheinen völlig gesunden Menschen. — Ein Gegensatz zur Verrücktheit sei auch darin zu

finden, dass auch nach sehr langem Bestehen von Zwangsvorstellungen keine geistige Schwäche sich einstellt, wie es bei der Verrücktheit der Fall ist, wenngleich man dies neuerdings oft zu übersehen scheine.

In der Discussion betont Westphal, dass er entschieden bestreiten müsse, dass Zwangsvorstellungen nicht ganz unvermittelt bei bis dahin völlig gesunden Personen auftreten könnten; er habe sogar bei seiner Definition der Zwangsvorstellungen sensu strictiori auf solche Fälle sich bezogen, wo sie spontan oder in Folge von Gelegenheits-Ursachen sich zeigten, und diejenigen dabei ausgeschlossen, wo sie bei Kranken, Melancholischen etc., vorkommen, wo sie also ein einzelnes Symptom der Krankheit sind. Es scheine ihm auch der Ausdruck „Impressionabilität" einen etwas vagen Begriff decken zu sollen, ebenso wie der Ausdruck „Degeneration", wobei sich eine Definition wohl schwer geben lässt. Für W. bestehen deshalb diese unklaren Begriffe nicht, er wendet die betreffenden Ausdrücke nicht an.

Sodann möchte W. es für wichtig halten, die Fälle von reinen Zwangsvorstellungen von denjenigen zu unterscheiden, wo sie mit Trieben, mit einem motorischen Drange verbunden sind. Sicher treten in manchen Fällen Zwangsvorstellungen auf in Verbindung mit sexueller Erregung. W. erinnert sich z. B. an einen Fall, wo ein junger Mann oft Nachts die Vorstellung hatte, er müsse sich fesseln oder gefesselt werden (was er dann auch that) und wo dann dabei Erectionen und Pollutionen eintraten. Analog kommen in der Melancholie Angstvorstellungen verbunden mit gleichzeitigem Drang zur Onanie vor. — Gewiss sei es oft schwer, im concreten Falle zu sagen, ob man es z. B. mit einer Melancholie mit Zwangsvorstellungen oder mit reinen Zwangsvorstellungen im engeren Sinne zu thun hat; aber theoretisch müsse man das bestimmt trennen.

Hierauf demonstrirt Otto einen **Fall von Porencephalie.**

Das betreffende Gehirn entstammt einem 15jährigen Idioten, bei dem sich weder hereditäre Anlage, noch constitutionelle Krankheiten der Eltern nachweisen lassen; doch war die ausserehelich geschwängerte Mutter in der Schwangerschaft sehr blutarm und ernährte sich sehr kümmerlich. Bei der Geburt zeigte der Kopf des Kindes keine Fontanellen und der Körper sofort eine eigenthümliche Steifigkeit der Glieder; niemals hat es einen Versuch zu gehen oder zu sprechen gemacht.

Im Januar 1884 wog der Idiot 9 kgr und war 82 cm lang. Der übrigens regelmässige Kopf hatte 41 cm Umfang und die übrigen Maasse waren dem entsprechend, d. h. etwa wie die eines Kindes von 10 Monaten. — Er lag meist ganz apathisch da, kannte Niemand, auch die Speiseschüssel nicht, wurde gefüttert, verunreinigte sich stets, schrie ab und zu, hatte bisweilen Nystagmus nach rechts und auch nach links. Die Pupillen waren mittelweit, gleich. Bei grellem Lichteinfall, wie auch bei dunkler Beschattung schrie der Knabe. Fixirung mit den Augen geschah nicht. Leichte Berührungen der Haut wurden empfunden, die Reflexbewegungen erfolgten, aber sehr langsam. Das Kniephänomen war deutlich. Eigenthümlich war die Steifigkeit der Musculatur: bei activen Bewegungen wurde jedes bewegte Glied vollkommen steif und hart. Nahm man den Knaben vom Bette auf und hielt ihn frei auf der flachen Hand, so blieb er in seiner gewöhnlichen Haltung (alle Glieder gebeugt, der Kopf hintenüber) starr liegen; stellte man ihn dann auf die Füsse und liess ihn umfallen, so blieb er in jeder beliebigen Lage, in welche er beim Umfallen gerathen war, liegen.

Bei passiven Bewegungen zeigte sich nur geringer Widerstand.

Die elektrische Untersuchung ergab keine bemerkenswerthe Abnormität. — Der Tod erfolgte an Bronchitis.

Die Section ergab, dass Dura mater mit dem Schädel fest verwachsen und ebenso an verschiedenen Stellen mit der Pia; auch die Pia-Blätter beider Hemisphären waren im grossen Längsspalt verwachsen. Vom Gehirn war die Pia leicht abziehbar, nur an den beiden Scheitellappen nicht.

Das ganze Gehirn mit seinem Gehalt an Flüssigkeit wog 470 gr; die rechte Hemisphäre 130 gr, die linke 180 gr. — An Cerebellum, Med. oblong., Rückenmark makroskopisch nichts Abnormes. Mikroskopisch untersucht zeigte das Rückenmark intacte Stränge, die Ganglienzellen der Vorderhörner gut entwickelt.

In hohem Grade abnorm waren die Grosshirnhemisphären, beide sehr klein, besonders die rechte. — Die Windungen sind zum Theil relativ gut entwickelt, namentlich am Stirnhirn, auf der hinteren Hälfte der Hemisphären dagegen fehlen sie an manchen Stellen ganz, und die Oberfläche hat da nur eine feinhöckrige Beschaffenheit. Die rechte Centralfurche ist 2, die linke 3 cm lang. Ein Stück des Hinterhauptlappens ist vom Ganzen abgesprengt.

Beiderseits zeigt sich ferner ein tiefer sichelförmiger, nach vorn concaver Defect in Gestalt einer Furche, welche vom Schläfenlappen her nach aufwärts sich zwischen Scheitel- und Hinterhauptslappen erstreckt und bis in die Ventrikel dringt, so zwar, dass die Hinterhörner ganz in den Defect aufgegangen sind. — Ein dritter Defect, der aber nicht bis in den Ventrikel eindringt, liegt linkerseits zwischen vorderer Centralwindung und Stirnwindungen.

Die Insel liegt rechts ganz frei, ist auch links nur etwas überdeckt vom Stirnlappen.

Die Muskeln erschienen bei mikroskopischer Untersuchung normal. Der Vortr. meint bei der Genese 2 Momente unterscheiden zu müssen, nämlich den Destructionsprozess und die dadurch bedingten Entwickelungshemmungen. — Kundrat's Ansicht, dass die Defecte durch eine anämische Nekrose entständen, findet hier durch die Blutarmuth der Mutter und ihre dürftige Ernährung während der Schwangerschaft eine Stütze.

In betreff der eigenthümlichen Gliederstarre sucht der Vortr. die Thomsen'sche Krankheit zum Vergleich heranzuziehen.

Westphal hält diesen Vergleich doch kaum für statthaft.

Remak meint, dass die congenitale spastische Gliederstarre, die ja öfters bei Idiotie, d. h. als cerebrale Störung, vorkomme, eine näher liegende Analogie bietet.

Bernhardt weist auf die spastischen Hemiplegien bei hydrocephalischen Kindern hin. Hadlich.

---

9. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 14. und 15. Juni 1884.

I. Sitzung am 14. Juni Nachm. 2—6 Uhr. Anwesend 52 Mitglieder. Vorsitzender: Prof. Kussmaul, Strassburg.

1. Prof. Lichtheim, Bern: Ueber Aphasie.

L. entwirft ein Bild von dem Reflexbogen, auf dem wir sprechen, lesen, schreiben lernen und geht an der Hand dieses Schemas die verschiedenen theoretischen Möglichkeiten durch, wie Unterbrechungen der einzelnen Bahnen zu aphasischen resp. agraphischen und alektischen Störungen führen können; er schildert dann, welche von diesen Combinationen bisher wirklich zur klinischen Beobachtung kamen.

Dieser sprachliche Reflexbogen geht einerseits von der Peripherie (acustischer Reiz) zum Klangbild; von hier 1. direct, 2. indirect durch das Begriffsbild zum Bewegungsbild, von da centrifugal zur Peripherie (Sprachmusculatur); andererseits geht ein Reflexbogen von der Peripherie durch das Klangbild zum optischen Bild, von da entweder wieder an die Bahn zwischen Bewegungsbild und Sprachmusculatur oder an ein supponirtes Schreibcentrum und von hier zur Peripherie; ein weiterer Weg führt vom Begriffsbild durch das Bewegungsbild zum Schreibcentrum.

Die verschiedenen Möglichkeiten der Störungen durch Unterbrechung der Bahnen sind folgende:

I. Unterbrechung in der Gegend des Bewegungsbildes: ein solcher Kranker kann nicht sprechen, nicht nachsprechen, nicht laut vorlesen, nicht willkürlich schreiben, nicht auf Dictat schreiben; erhalten ist das Verständniss der Sprache, der Schrift und das Nachschreiben.

II. Unterbrechung in der Gegend des Klangbildes: hat Worttaubheit zur Folge; ferner Verlust des Verständnisses für die Schrift und der Fähigkeit, nachzusprechen und auf Dictat zu schreiben. Dagegen kann ein solcher Kranker sprechen, allerdings mit paraphasischen Störungen, die nur schwer zu erklären sind, und er kann schreiben (mit paragraphischen Störungen) und nachschreiben.

III. Unterbrechung zwischen Klangbild und Bewegungsbild macht isolirte Paraphasie und Paragraphie. Das Nachschreiben ist ermöglicht indirect auf dem Wege durch das Begriffsbild.

IV. Unterbrechung zwischen Peripherie und Klangbild hat Verlust der Sprache zur Folge. Erhalten ist: das Nachschreiben, das Lesen, das Lautlesen.

V. Unterbrechung zwischen Bewegungsbild und Peripherie macht der Fähigkeit verlustig, zu sprechen, nachzusprechen, laut zu lesen; dagegen kann der Kranke vom Begriff aus die Schrift in Bewegung setzen, sich schriftlich verständigen.

VI. Unterbrechung zwischen Klangbild und Begriffsbild hat isolirte Worttaubheit zur Folge; daneben Paraphasie und Paragraphie; ein solcher Kranker kann correct nachsprechen und hat Verständniss für das, was er liest und spricht.

VII. Bei Unterbrechung in der Gegend des Begriffsbilds besteht Worttaubheit, während die Sprache erhalten und frei von paraphasischen Störungen ist; ebenso ist die Fähigkeit zu schreiben und zu lesen erhalten, und kann der Kranke sich durch die Schrift verständigen.

Die Form I ist die sog. Broca'sche (motorische, atactische) Aphasie, II die sog. sensorische; auch die Form V ist nicht selten, ebenso existirt die Form IV; für die Formen VI und VII berichtet der Vortragende über je eine eigene Beobachtung, sodass das Vorkommen einer isolirten Worttaubheit sicher gestellt ist.

Alle diese Formen zerfallen in 2 grosse Gruppen: centripetale (sensorische) und centrifugale (motorische) Aphasie, die man wieder in je 2 Unterklassen: Voll-Aphasie und Theil- (oder Leitungs-) Aphasie trennen kann.

Was die Localisation anbetrifft, so wissen wir nur, dass der Sitz des Bewegungsbildes die Broca'sche Windung ist; der des Klangbildes wird im G. temporalis I gesucht; die Bahn zwischen Klang- und Bewegungsbild verlegt Wernicke in die Insel. Der Sitz des Begriffsbilds umfasst wohl das Gebiet sämmtlicher acustischer und optischer Sinnescentren. Isolirte Schriftblindheit mit der Localisation im L. parietalis (G. angularis) ist noch nicht verbürgt.

L. betont schliesslich, dass man von Aphasie nur bei verbalen Sprachstörungen reden sollte; nur solche verbalen Störungen haben ihren Sitz in der Rinde; wir lernen viel früher die Worte, ehe wir ihre Zusammensetzung aus Sylben und Buchstaben kennen.

In der Discussion, an der sich Prof. Kussmaul, Jolly und der Vortragende betheiligen, drückt Ersterer besonders seine Befriedigung aus, dass durch die Beobachtung des Vortr. ein Fall von reiner Worttaubheit nachgewiesen ist.

2. Geh. Hofrath Schüle, Illenau: Ein Fall von nervöser Dyspepsie.

Der Fall betraf eine 28jährige, erblich für Neurosen leicht belastete Pat., die an Melancholie mit hypochondrischen Wahnideen litt, und welche die Erscheinungen intensivsten und bedrohlichen Lufthungers mit Orthopnoë und tiefster Inspirationsstellung des Thorax zeigte. Dieser Lufthunger verhinderte die Kranke zu schlucken und bei vergeblichen Versuchen deutete sie auf den Kehlkopf. Sie magerte ab, der Puls wurde klein, flatternd, nicht arhythmisch. Die Einführung der Sonde half momentan: unmittelbar darnach athmete die Kranke leichter. Es wurde nun — in

Verbindung mit einer psychischen Therapie, die darauf bedacht war, der Kranken jede Willensintention abzunehmen — wochenlang täglich mehrere Male die Sonde eingeführt bis zur Genesung.

In der Discussion äussert Fürstner Bedenken, den mitgetheilten Fall als nervöse Dyspepsie zu deuten; er möchte ihn vielmehr den Fällen von hysterischer Verrücktheit anreihen, wo durch Wahnvorstellungen und Parästhesien eine Scheu vor Nahrung besteht; eine Dyspepsie sei nicht nachgewiesen.

Schüle erwidert, dass Parästhesien bei der Kranken zwar vorher, aber nicht zur Zeit des Lufthungers bestanden hätten, und betont, dass die Kranke zu essen versucht, die Nahrung aber wegen Lufthungers nicht hinuntergebracht hätte.

Kussmaul bespricht die Schwierigkeiten der Diagnose: „nervöse Dyspepsie" und geht auf einen Befund bei nervöser Dyspepsie ein, der im v. Recklinghausen'schen Institut erhoben wurde und in bedeutenden nutritiven Störungen — atrophische, körnige, fettige Degeneration im Darmgeflecht besteht.

3. Prof. Jolly, Strassburg: Ueber Pseudobulbärparalyse.

J. schildert Fälle, die klinisch genau der Bulbärparalyse glichen, ohne den anatomischen Befund derselben zu geben, und zwar:

1) Fälle von chronischem Verlauf. Hier fanden sich statt der erwarteten multiplen Herde einmal eine Atrophie des ganzen Grosshirns, das andere Mal Herde in den Basalganglien des Gehirns beiderseits. Es hatten alle Symptome der Bulbärkernparalyse, besonders Sprachstörungen bis zum vollständigen Verschwinden der Consonanten bestanden; nur die Atrophie der Zunge und Lippen hatte gefehlt, und war die elektrische Reaction dieser Theile normal geblieben.

2) Fälle von acutem Verlauf. In dem beschriebenen Fall handelte es sich um acute Erkrankung mit Schwäche der unteren und oberen Extremitäten, Dysarthrie der Sprache, Schluckbeschwerden und Wackelkopf; Druck auf die Austrittsstellen des Trigeminus war sehr schmerzhaft. Nach 10 Tagen, ohne anfallsartige Erscheinungen, Uebergang in einen comatösen Zustand, der zum Tode führte. Auch hier bestand keine Veränderung in der Oblongata; es fand sich in der Mitte des Balkens ein blutiger Erweichungsherd; ferner erstreckten sich mehrere streifige Herde im Centrum semiovale in die Grosshirnganglien hinein; in den Hirnschenkeln sehr starke venöse Gefässfüllung; ebenso in der Gegend des einen Facialiskerns; hier auch kleine Blutaustritte, die aber der allerletzten Zeit angehört haben müssen, denn es fand sich keine Spur von Blutpigment. Jedenfalls war in der Gegend des Hypoglossus, Accessorius, Vagus, Glossopharyngeus nicht die geringste Veränderung nachzuweisen.

4. Prof. Steiner, Heidelberg: Ueber ein Centrum für den Rückwärtsgang beim Frosch.

Nachdem St. bemerkt, dass es gelinge, einen vollständig intacten Frosch zum Rückwärtsgehen zu bringen, wenn man ihn auf einer Platte langsam in verticale Richtung gebracht hat, demonstrirt er einen operirten Frosch, bei dem Druck auf eine bestimmte Stelle des Hinterschenkels Rückwärtsgang zur Folge hat. Im Verlaufe zahlreicher Versuche ist er dazu gekommen, das hier wirkende Centrum im hinteren Abschnitt des Lob. opticus aufzufinden. Nur bei sehr starkem Druck auf den Vorderschenkel tritt bei Fröschen, denen das Vorderhirn bis auf das hintere Drittel des Lob. opticus weggenommen ist, auch Vorwärtsbewegung ein. St. betont, dass es sich hier in der That um Rückwärtsbewegung im Gegensatz zur Vorwärtsbewegung handele, und nicht um eine Zwangsbewegung. In Ermangelung gemeinsamer Merkmale für die Zwangsbewegungen möchte er diese Bezeichnung nur für diejenigen Bewegungen reserviren, die entstehen durch einseitige oder asymmetrische Verletzungen des Gehirns. Nach St. gehen sämmtliche Bewegungen für die Statik und Dynamik beim Frosch vom Lob. opticus aus; das Centrum für die Bewegungen

des Kopfes und aller 4 Extremitäten seien sicher dort nachweisbar, das für die Rumpfmusculatur mit grosser Wahrscheinlichkeit daselbst vorhanden.

Discussion. Hitzig fasst die Zwangsbewegungen als willkürliche Intentionen auf, die zu einem nicht gewollten Resultate führen, weil einige Theile des Mechanismus falsch functioniren.

5. Prof. Hitzig, Halle:

1) H. zeigt ein mit Carbolglycerin präparirtes trocken conservirtes **Hundegehirn** vor, dasselbe, welches er in der vorjährigen Sitzung demonstrirt hatte. Es hatte Grösse, Form und Farbe völlig bewahrt.

2) **Ueber subnormale Temperaturen der Paralytiker.**

H. berichtet über eine Reihe von Fällen, in denen subnormale Temperaturen bis zu 25 ° bei Paralytikern, theils in Verbindung mit paralytischen Anfällen, theils unabhängig davon zur Beobachtung kamen. Der Gang der Temperaturen wurde durch Curven illustrirt. H. ordnet die Fälle nach 3 Gruppen:

1. Grosse Schwankungen mit subnormalen Temperaturen ohne Anfall.

2. Mehr oder weniger bedeutender Temperaturabfall, darauf Anfall ohne nachfolgende Temperatursteigerung.

3. Temperaturabfall, dann Anfall, danach Steigerung, welche entweder erhalten bleibt oder wieder von Abfall gefolgt ist, der bis zum Tode anhalten kann.

Ob die begleitende Herzschwäche, welche durch niedrige Pulswellen und herabgesetzte Pulsfrequenz (40—50 in der Minute) sich offenbart, in allen Fällen Ursache und nicht vielmehr Wirkung der niedrigen Temperaturen sei, will H. nicht entscheiden. H. bespricht sodann die beiden Theorien über das Zustandekommen der niedrigen Temperaturen: vermehrte Wärmeabgabe einerseits, verminderte Wärmeproduction durch Lähmung des „excitocalorischen Centrums" andererseits.

6. Prof. Fürstner, Heidelberg: **Ueber Gliose der Hirnrinde.**

F. hat 2 Fälle beobachtet (und demonstrirt die betreffenden Präparate) von gliöser Veränderung der Hirnrinde, besonders der sehr verbreiterten I. Schicht, beide Male in Insel und Klappdeckel. Dieselbe hatte zur Bildung von Tubera und Granula geführt, welche die Hirnoberfläche überragten, und in denen es zur Höhlenbildung gekommen war. Er konnte verschiedene Stadien dieser gliösen Veränderung feststellen. Im I. Stadium fand sich — auch im Verlaufe der Gefässe — abnorm viel Glia; daneben massenhafte Corpp. amylacea. Im II. Stadium verschwinden letztere, und es tritt ein Netzwerk zu Tage, das immer enger wird; daneben treten eigenthümliche Gebilde auf: Kerne, um die ein eigenthümlicher Protoplasmahaufen mit Ausläufern liegt; colossale Spinnenzellen, lange spindel- und birnförmige Elemente. Das Netzwerk wird dicker und es bilden sich Höhlen mit einer fibrösen Hülle, ähnlich wie bei der Syringomyelie; durch die Höhlen ziehen Gefässe. Die starke Betheiligung der Rinde, das Nichtbetheiligtsein der Gefässe, die Erweichung mit Höhlenbildung unterscheiden diese Affection von der gewöhnlichen Sklerose.

7. Dr. Tuczek, Marburg, demonstrirt **Originalpräparate von Prof. Weigert** in Leipzig (mit dessen Ermächtigung), die nach W.'s neuester, noch nicht veröffentlichter Methode hergestellt sind und zwar: 1) Schnitte durch normale Grosshirnrinde, welche die markhaltigen Nervenfasern in allen Schichten derselben mit grosser Vollständigkeit zeigen; 2) Schnitte durch Grosshirnrinde eines Paralytikers und zwar: a) vom Hinterhauptslappen, in dem die Fasern in allen Schichten sehr reichlich vorhanden sind; b) vom Stirnhirn, wo die Fasern in allen Schichten der Rinde fast vollkommen fehlen. Erst in der Schicht der grossen Ganglienkörper treten vereinzelte Nervenfasern auf, und auch die Sammelbündel sind deutlich verschmälert.

T. betont — den von Mendel in der neurologischen Section der vorjährigen Naturforscherversammlung gemachten Angaben gegenüber — die Untauglichkeit der

Säurefuchsin-Kalialcohol-Methode zum Nachweis des von ihm gefundenen Faserschwundes in bestimmten Abschnitten der Grosshirnrinde bei der Dementia paralytica, welcher Befund durch Weigert nunmehr eine vollständige Bestätigung gefunden habe.

Im Anschluss hieran theilt Kräpelin, München, mit, dass auch er nach eigenen Untersuchungen die von Tuczek und nunmehr auch von Weigert erhobenen Befunde bei Paralytikern bestätigen könne.

II. Sitzung am 15. Juni, Morgens 9 Uhr. Vorsitzender: Prof. Hitzig.

8. Ref. Manz, Freiburg: **Ueber angeborene Anomalien des Auges in Beziehung auf psychische Abnormitäten.**

M. berührt flüchtig die verschiedenen angeborenen Anomalien des Auges und seiner Umgebung als: Stellung der Augenlider, Weite der Lidspalte, Alterationen der Orbita in Verbindung mit Schädeldeformitäten, Lage des Auges: Exophthalmus und Enophthalmus, Vergrösserung und Verkleinerung des Bulbus, Strabismus, Veränderung der Krümmung und der Grösse der Cornea, Missstaltungen der Iris, Veränderungen ihrer Farbe, Pigmentanomalien der Chorioidea — um dann auf die wichtigeren Veränderungen der Retina und des Opticus einzugehen. Er erwähnt hier das Vorkommen markhaltiger Nervenfasern in der Netzhaut, abnorme Excavation und andere Varietäten in der Form und Umgrenzung der Papille, Unregelmässigkeiten im Verlauf und in der Weite der Gefässe, die Residuen fötaler Iridochorioiditis, Retinitis und Neuritis. Um die Beziehungen dieser Affectionen zu den Geisteskrankheiten kennen zu lernen, müsse man unterscheiden das Vorkommen derselben bei den angeborenen Geisteskrankheiten (Idiotie, Rhachitis, Cretinismus) und ihr Vorkommen bei Individuen, die zu Geisteskrankheiten prädisponirt sind. Es müsste dann, um einen Zusammenhang zwischen Geisteskrankheit und Missbildung am Auge zu statuiren — entweder durch die Statistik nachgewiesen werden, dass das Vorkommen beider Anomalien ein auffallend häufiges ist — und hier gehen die verschiedenen Angaben noch ausserordentlich weit auseinander; oder es müssten die anatomisch-physiologischen Beziehungen zwischen Gehirnkrankheit und Anomalie des Auges aufgefunden werden. Dies sei für einige Fälle möglich: beim Albinismus bestünde stets eine gewisse Kränklichkeit; der Einfluss der Syphilis und anderer Kachexien wirke sowohl auf das Gehirn, als auf das Auge; die Anlage des Gefässsystems beruhe für das Gehirn und das Auge auf gemeinschaftlicher Grundlage, ebenso die Anlage des Centralorgans selbst.

Das Vorkommen solcher Anomalien in der Bildung des Auges und seiner Umgebung ist — so resumirt der Vortragende — an und für sich kein für Geisteskrankheiten pathognostisches Symptom; im Verein mit anderen Symptomen kann es einen gewissen Werth gewinnen.

9. Privatdocent Dr. Rumpf, Bonn: 1) **Demonstration eines Apparates zur Prüfung des Tastsinns.**

Der Apparat besteht aus einer kreisrunden Platte, auf deren Rande Metallstäbe stehen, von denen einer glatt ist, die andern von Draht in verschiedenen Abstufungen von Feinheit umsponnen sind. Wird der Apparat auf 28—34 ° erwärmt, so dass die Wärmeabgabe an das Metall wegfällt, so ist er sehr geeignet zur Prüfung des Tastsinns (Glatt- und Rauhsein der Gegenstände). Man kann mittelst desselben die normalen Erhebungen der Feinheit des Tastsinns bei 10 ° und 40 ° zeigen, ferner den physiologischen Transfert und die Beziehungen der Tastempfindung zu verschiedenen Reizen. Man findet bei Anwendung des galvanischen Stromes an der Anode die Sensibilität beträchtlich herabgesetzt, an der Kathode verstärkt; dagegen um die Anode einen Hof von erhöhter, um die Kathode einen Hof von verminderter Sensibilität (im Wasserbad gemessen). Dasselbe ist auf der andern Seite nachweisbar, wo der physiologische Transfert mit Sicherheit auftritt.

2) Demonstration von Gehirn-Rückenmarkssyphilis.

Die Präparate entstammen einem Kranken, der ein Jahr nach constatirter Lues von rechtsseitiger Hemiplegie und von spastischer Lähmung des linken Beines befallen worden war. Es fand sich Erweichung des linken Linsenkernes, Verschmälerung der linken inneren Kapsel, secundäre Degeneration der linken Pyramide und rechten Pyramidenseitenstrangbahn bis in's Lendenmark; ferner Degeneration im linken Seitenstrang mit mächtiger Entwickelung von Gefässen einerseits bis über die Pyramidenkreuzung hinaus, andererseits bis in's Lendenmark; endlich Degeneration im Hinterstrang mit aufsteigender Degeneration der Goll'schen Stränge. Die Veränderungen in den massenhaft entwickelten Gefässen bestanden in Verdickung der Wand, Vermehrung der Kerne, partieller Venenthrombose.

R. betont, dass diese Gefässveränderungen für Syphilis an und für sich nichts Charakteristisches haben, sondern sich von denen nicht unterscheiden, wie sie auch sonst an Arteriitis und Periarteriitis sich anschliessen. Der Nachweis der specifischen Natur der erkrankten Partien sei nur durch Auffindung von Mikroben zu erbringen, nach denen bisher bei der Syphilis — in diesem Fall auch von ihm — vergeblich gesucht worden sei. —

10. Privatdocent Dr. Möbius, Leipzig: Ueber periodisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung.

Ein 7jähr. Mädchen aus der Beobachtung des Vortr., bei dem im 11. Lebensmonat zuerst 3 Tage lang eine Schiefstellung des rechten Auges beobachtet worden war, wurde im 4. Jahre von totaler rechtsseitiger Oculomotoriuslähmung betroffen, die sich seitdem anfallweise jedes Jahr im August, das letzte Mal im März wiederholte. Der einzelne Anfall, der mit Erbrechen und heftigem Schmerz im Auge verbunden war, dauerte etwa 14 Tage lang, während die Ptosis und Iridoplegie noch nach 6—8 Wochen zu beobachten war. Hasner hat einen ähnlichen Fall beschrieben. Sprechen schon die Vollständigkeit und Flüchtigkeit der Lähmung, die Hemiplegie, für eine centrale Ursache, so weisen direct auf eine solche hin die zeitliche Entwickelung der Lähmung, welche die örtliche Gruppirung der Kernregionen wiederspiegelt; ferner die isolirten Blicklähmungen und das Einsetzen der Lähmung mit Schmerz und Erbrechen. Man müsse einen dauernden Prozess in der Nähe des Oculomotoriuskerns annehmen, der sich in Schüben entwickele; der Schmerz und das Erbrechen wären reflectorisch von der dem Kern benachbarten absteigenden Trigeminuswurzel aus zu erklären.

11. Dr. Tuczek, Marburg: Mittheilung von Stoffwechseluntersuchungen bei abstinirenden Geisteskranken.

T. berichtet über 2 Fälle von länger dauernder Nahrungsverweigerung (bei Verrücktheit), in denen es ihm möglich war, fortlaufende Reihen von Stoffwechseluntersuchungen anzustellen und mehrere Wochen über die Carenzzeit hinaus bis zur Erreichung des normalen Stickstoffgleichgewichts auszudehnen. Es wurde die tägliche Harnmenge, das specifische Gewicht, die Reaction, die tägliche Ausscheidung von Harnstoff, Schwefelsäure, Phosphorsäure und Chlor bestimmt, daneben tägliche Untersuchungen über Eiweiss-, Zucker-, Indican- und Acetongehalt des Harns ausgeführt. In dem 1. Fall handelte es sich um eine 23tägige vollkommene Carenz (nur alle paar Tage wurde ein Glas Wasser [175 ccm] Wasser genommen); in dem 2. um eine theilweise vollkommene, theilweise unvollkommene Carenz von 28 Tagen. In beiden Fällen wurde durch genaueste Bestimmung des Wasser- und Eiweissgehalts der Nahrung vor und nach, resp. (im 2. Fall) während der Carenzzeit die Bilanz des Körpers mit Bezug auf Wasser und Eiweiss festgestellt. Die Hauptergebnisse der Untersuchung, deren Details aus den vorgelegten Curven und Tabellen zu entnehmen waren, sind folgende:

1) Im Anfang der Carrenzzeit steigt mit sinkender Harnmenge das specifische Gewicht, um dann in dem Maasse, als die festen Bestandtheile des Harns abnehmen, zu sinken; bei völliger Carrenz ohne Wasseraufnahme beträgt die tägliche Harnmenge durchschnittlich 159—200 ccm. In den ersten Tagen nach beendigter Carenzzeit wird, auch bei reichlicher Aufnahme von Flüssigkeit in der Nahrung, eine verhältnissmässig geringe Menge sehr concentrirten Harns (1030 sp. Gew. und darüber) ausgeschieden: der Körper deckt seinen Wasserverlust.

2) Bei diesen abstinirenden, in Bettlage befindlichen Geisteskranken betrug die Ausscheidung von Harnstoff in der letzten Carrenzwoche im Mittel 9 Gramm täglich, entsprechend einem Verlust des Körpers von 125 Gramm Muskelfleisch. In der, der Carenz folgenden, Periode reichlicher Nahrungsaufnahme steigt die Harnstoff-Ausscheidung nur allmählich bis zur Norm. Die Phosphorsäure- und Schwefelsäure-Ausscheidung geht in der Carenzzeit vollkommen parallel der Harnstoff-Ausscheidung, demnach der Zersetzung von Organeiweiss; die tägliche Menge beträgt in der letzten Carenzwoche 0,22 Schwefelsäure, 0,7 Phosphorsäure; auch später, wenn wieder Nahrung aufgenommen wird, folgen die Phosphorsäure- und Schwefelsäure-Kurven genau der Harnstoff-Kurve. Die Ausscheidung des Chlors rückt während der Abstinenz nahe an die Nulllinie, beträgt etwa 0,2 Gramm im Tag; vom Beginn der Nahrungsaufnahme an geht die Chlorkurve rapide und unabhängig von den anderen Kurven in die Höhe, um rasch die Norm zu erreichen: die grösste Menge des aufgenommenen Chlors ist nur Genussmittel und passirt rasch den Körper.

3) Die Abnahme des Körpergewichts bei diesen nahrungsverweigernden Geisteskranken ist weit mehr auf Wasserverlust, denn auf Eiweissverlust zu setzen: bei reichlicher Wasseraufnahme und bedeutendem Wasserverlust kann das Körpergewicht steigen; bei mangelhafter Wasseraufnahme und bedeutendem Eiweissansatz kann es fallen.

4) Eiweiss und Zucker wurde nie im Harn der Abstinirenden gefunden; Indican nur, sobald Eiweiss in der Nahrung, wenn auch in geringer Menge aufgenommen wurde. Aceton wurde stets, etwa vom 5. Tage der Abstinenz an, während der ganzen Dauer der Carenz, im Harn nachgewiesen; es verschwand daraus am 2.—3. Tage nach Beendigung der Carenzperiode. Der Nachweis des Acetons geschah durch die Legal'sche (Nitroprussidnatrium-) und die Penzoldt'sche (Ortho-Nitro-Benzaldehyd-)Reaction.

In der Discussion richtet Hitzig an den Vortr. die von diesem verneinte Frage, ob er im Verlauf der Abstinenz nie Pneumonien, die auf die Enthaltung von Nahrung zu beziehen gewesen seien, beobachtet habe. Infolge einer Interpellation seitens des Prof. Fürstner verwahrt sich der Vortr. dagegen, die Sondenfütterung principiell zu verwerfen; doch sei er der Ansicht, dass in den meisten Fällen die Nachtheile derselben ihre Vortheile überwiegen.

12. Privatdocent Dr. Mommsen: **Experimentelles über Sehnenreflexe.**

M. bespricht die zahlreichen Umstände, die für die Reflexnatur der Sehnenphänomene sprechen: Die Experimente von Fürbringer und Tschirjew, die Wirkung der Durchschneidung des Nerven und der hinteren Wurzeln, des Curare, des Chloroform, wodurch die Sehnenphänomene aufgehoben werden, während sie bei Enthauptung bestehen bleiben und durch Strychnin wieder herstellbar sind. Die Unabhängigkeit derselben von der Muskelspannung lässt sich beweisen, wenn man die Sehne vom Knochen trennt; Klopfen der Sehne löst auch dann noch (bei Fröschen und Kaninchen) die Muskelcontraction aus. Den Einwand Cohnstein's, es handele sich um Apparate in der Haut, hat M. dadurch widerlegt, dass er bei Fröschen, denen er die Haut der unteren Körperhälfte abgezogen, durch Beklopfen der Sehne noch ebenso wie vorher Muskelzuckung hervorbringen konnte. Er hat dann die Brontegaste'schen Versuche nachgemacht und bestätigt, die beweisen, dass der

sog. Muskeltonus ein Reflextonus ist. Fasst man so den Muskeltonus auf, als Wirkung beständiger die Muskelnerven treffender (und wohl in den Spannungsverhältnissen liegender) Reize, so sollte man nicht von normalem Muskeltonus, sondern nur von Erhaltensein der Reflexbahn für den Muskeltonus sprechen. — Es ergeben sich dann für die Beziehungen desselben zu den Sehnenreflexen 3 Möglichkeiten: 1) bei gesteigertem Tonus sind die Sehnenreflexe gesteigert; ist der Muskeltonus ad maximum gesteigert, wie beim Strychnin-Tetanus, so sind dieselben nicht sichtbar zu machen.

2) Die Reflexbahn für den Muskeltonus ist erhalten; dann ist entweder der Muskeltonus vorhanden und der Sehnenreflex normal oder selbst (bei sonst Gesunden) gesteigert — oder der Muskeltonus fehlt und hierher gehört das seltene Fehlen der Sehnenreflexe bei Gesunden.

3) Durch Unterbrechung des Reflexbogens fehlt der Sehnenreflex.

13. Prof. Schultze, Heidelberg: Kleinere Mittheilungen.

1) Ueber traumatische Myelitis.

Die traumatische Natur des von S. beschriebenen Befundes war durch den Nachweis von Blutfarbstoff in dem röthlichen erweichten Herd sicher gestellt. Die Meningen waren wenig betheiligt; Nervenmark und Axencylinder, sowie die Gefässe waren sehr verändert; es fanden sich Exsudate und Fibrinmassen; die Nervenfasern waren durch grosse Mengen von Zellen, rothe und weisse Blutkörper auseinandergedrängt. Eine Communication mit der Luft bestand nicht; auch kein Abscess; indessen wäre immerhin der Name „eitrige Myelitis" zulässig.

2) Deformitäten der Medulla spinalis (mit Demonstrationen).

a) Medulla bifida in Zusammenhang mit Spina bifida, eigenthümlich dadurch, dass der Spalt an der hinteren Grenze durch neugebildete Substanz von noch zweifelhafter Zusammensetzung überbrückt war.

b) Abnorme Lagerungsverhältnisse der weissen und grauen Substanz. Die Oberfläche des Rückenmarks war dadurch von eigenthümlich höckeriger Beschaffenheit; die Querschnittsfigur völlig irregulär, graue und weisse Substanz durcheinandergewürfelt. Dieser Befund wurde zufällig bei einem ganz gesunden, durch Eisenbahnunglück umgekommenen Individuum erhoben.

Tuczek.

III. Bibliographie.

Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhangsgebilde mit ihren Beziehungen zu den Krankheiten des Gesammtorganismus, dargestellt von X. H. v. Hebra, Docent an der Universität Wien. Braunschweig 1884. Fr. Wreden. (546 Seiten).

Wenn in diesen Blättern ein neues Lehrbuch der Hautkrankheiten zur Anzeige gelangt, so kann dies selbstverständlich nur mit Rücksicht auf den neurologisch interessanten und wichtigen Inhalt des Buches, resp. einzelner hierhergehöriger Abschnitte desselben geschehen. Jedem unbefangenen Beobachter drängt sich nun unwillkürlich die Ueberzeugung auf, dass seit einer eben nicht grossen Reihe von Jahren das neurologische Element — um diesen allgemeinen Ausdruck zunächst festzuhalten — in den betreffenden Hand- und Lehrbüchern einen immer breiteren Raum einzunehmen anfängt. Man könnte sich fast versucht fühlen zu glauben (und je nach dem Standpunkte, entweder zu hoffen oder zu fürchten), dass demnächst die ganze Dermatologie „mit Haut und Haar" zu Neuropathologie werden, in Neuropathologie aufgehen möchte. Quae mutatio rerum! wenn man sich der noch vor einem Decennium etwa allgewaltig herrschenden Anschauungen der alt-Hebra'schen Schule oder vielmehr

ihrer völligen Anschauungslosigkeit in dieser Hinsicht erinnert. Denn für diese Schule, deren anderweitige Verdienste ja übrigens klar am Tage liegen und keiner Anerkennung bedürfen, war in der That das „Hautorgan" Anfang und Ende und ausschliesslicher Inhalt ihrer Specialwissenschaft, und sie verschmähte es fast grundsätzlich oder verstand es nicht, dasselbe mit dem Gesammtorganismus und seinen wichtigeren Einzelsystemen, vor Allem also mit dem Nervensystem, in die so unerlässliche physiologisch-pathologische Beziehung zu setzen. Die Nachtheile dieser Einseitigkeit waren gross und folgenschwer nach verschiedenen Seiten hin; einmal für die Dermatopathologie selbst, die so zu einer selbstgenügsamen Isolirung verurtheilt, in ihrer wissenschaftlichen Entwickelung gehemmt und zurückgehalten werden musste — sodann auch für die Nachbardisciplinen, welche fruchtbarer Anregungen und Ergänzungen von dieser Seite beraubt und vielfach gezwungen wurden, ihrerseits die Initiative zu ergreifen, wo sie mit weit grösserem Recht eine solche von dermatologischer Seite erwarten und beanspruchen konnten. Ich darf mich hier auf eigene Erfahrung berufen; denn als ich in Gemeinschaft mit Landois vor nunmehr 17 Jahren zum ersten Male den Versuch unternahm, eine zusammenhängende Darstellung der „vasomotorischen Neurosen der Haut (cutane Angioneurosen)" zu geben[1], fand ich zu diesem Behufe in der damaligen dermatologischen Literatur auch nicht das mindeste vorbereitende und vorbereitete Material vor. Baerensprung's bahnbrechende Arbeit über Herpes Zoster — in der übrigens nur auf trophische Nerven Rücksicht genommen wurde — hatte gerade unter den Fachgenossen des Autors auffallend geringe Beachtung gefunden! — Damit verglichen ist also der Umschwung ein enormer, vielleicht hier und da selbst ein zu rascher und zu stürmischer. Es scheint, als wolle man in zu kurzer Zeit das Versäumniss vieler Jahre nachholen und das angestrebte Ziel, ohne doch über dieses selbst und die Wege dahin volle Klarheit zu haben, mit Riesenschritten erreichen. Doch dies sind Interna der Dermatologie, in die wir uns, um nicht mangelnder Competenz beschuldigt zu werden, nicht weiter einmischen. Für uns als Neurologen mag es genügen, dass der Bann gebrochen, dass eine für beide Theile werthvolle und erspriessliche Communication endlich hergestellt ist. Soll man dies Verdienst an den Namen eines bestimmten Autors knüpfen, so ist von dermatologischer Seite wohl Auspitz zu nennen als derjenige, welcher durch sein geistreich erdachtes, mehr und mehr zur Anerkennung gelangendes natürliches System[2] diese erfreuliche Wendung angebahnt und mächtig gefördert hat. Im Anschlusse daran sei auch auf Schwimmer's (im Jahrgang 1882, Nr. 19 d. Centralbl. besprochenes) Werk über die neuropathischen Dermatosen verwiesen.

Hebra, der Sohn, hat in dem vorliegenden Lehrbuch das Auspitz'sche System zu Grunde gelegt. Die Hautkrankheiten zerfallen demnach in neun „Classen": 1) einfach entzündliche Dermatosen, 2) angioneurotische Dermatosen, 3) neuritische Dermatosen (Trophoneurosen der Haut), 4) Stauungsdermatosen, 5) hämorrhagische Dermatosen, 6) Idioneurosen der Haut, 7) Wachsthumsanomalien der Haut und ihrer Anhangsgebilde (Epidermidosen), 8) Wachsthumsanomalien der Lederhaut und des subcutanen Bindegewebes (Corioblastosen), 9) Pilzkrankheiten der Haut und ihrer Anhänge (Dermatomykosen).

Für uns würden demnach die Classen drei, vier und sechs ganz besondere Bedeutung besitzen, obgleich ja eine vollkommene scharfe Abgrenzung und Differenzirung hier selbstverständlich unmöglich und auch aus anderen Classen Manches hervorzuziehen ist; so beispielsweise die Anomalien der Schweisssecretion, welche als „Idrosen"

---

[1] In: „Die vasomotorischen Neurosen (Angioneurosen)" von A. Eulenburg und L. Landois. Wiener medicinische Wochenschrift 1867 und 1868. — Vgl. auch A. Eulenburg über cutane Angionneurosen, Berl. klin. Wochenschrift 1867 Nr. 17ff.

[2] Auspitz, System der Hautkrankheiten, Wien 1881. — Vgl. auch den Artikel „Hautkrankheiten im Allgemeinen" von Auspitz in Real-Encyclopädie der ges. Heilkunde, Bd. VI, p. 360—375.

eine besondere — fünfte Reihe der siebenten Classe ausmachen, sowie auch manche in der sechsten Reihe derselben Classe vorkommende Pigmentanomalien der Haut („Chromatosen").

Gegen die Aufstellung jener Classen liesse sich Manches einwenden, namentlich gegen die Classe sechs: „Idioneurosen der Haut" — worunter nämlich zum Unterschiede von den „angioneurotischen" und von den „neuritischen" Dermatosen diejenigen „Krankheiten" der Haut verstanden sein sollen, bei denen „primär keine trophischen Störungen vorhanden sind", und welche daher im Wesentlichen erst dann erkannt werden können, „wenn gewisse Reflexbewegungen der Haut Insulte zufügen, aus deren Gegenwart wir auch auf die Gegenwart der Nervenalteration schliessen können". Als hierhergehörig beschreibt H. Sensibilitätsneurosen (1. Neurosen des Tastsinns; 2. Neurosen des cutanen Gemeinfühls: Neuralgien der Haut, Pruritus cutaneus, Prurigo) und Motilitätsneurosen; letztere Gruppe ist aber nur durch den Dermatospasmus (Cutis anserina) vertreten. Es ist H. selbst gewiss nicht entgangen, wieviel gegen eine derartige Classification zu erinnern wäre und wie bedenklich es insbesondere erscheint, neuropathische Einzelsymptome, wie Hyperästhesie, Anästhesie und Parästhesie, Cutis anserina u. s. w. in einem speciellen Theile der Hautkrankheiten unterzubringen. Ganz davon abgesehen müssen wir aber auch dagegen protestiren, dass man, wie H. es gethan, Hyperästhesie, Anästhesie und Parästhesie als „Neurosen des Tastsinns" im Gegensatze zu den „Neurosen des cutanen Gemeingefühls (Dermatalgien") bezeichne. Für die seltenen Fälle, in denen reine Tastsinnsstörungen nachgewiesen werden können, sind von mir die Bezeichnungen „Hyperpselaphesie, Hypo- und Apselaphesie" in Vorschlag gebracht worden. H.'s Bezeichnungen und die davon (pag. 317) gegebenen Definitionen können aber nur zu Irrungen führen; sie sind auch mit innerem Widerspruch behaftet, denn wenn für die Hyperästhesie z. B. „unangehme Empfindung eine unerlässliche Bedingung" ist, so ist damit nicht eine „Tastsinnsneurose", sondern eine Anomalie des cutanen Gemeingefühls (allein oder gleichzeitig) gegeben.

Die Classe zwei („angioneurotische Dermatosen") zerfällt in drei „Familien": 1) Infectiöse Angioneurosen der Haut" (Eruptionsfieber, acute Exanthome); 2) toxische Angioneurosen; 3) essentielle Angioneurosen. — In der zweiten Familie werden von H. auch die sämmtlichen Arzneiexantheme untergebracht. Zwar unterscheidet er mit G. Behrend Exantheme (Erythantheme) durch specifische Arzneiwirkung, solche durch Ausscheidung von Arzneistoffen, und endlich solche durch dynamische Wirkung der Arzneimittel; es wird aber von dieser Differencirung insofern weiterhin kein Gebrauch gemacht, als alle drei Gruppen unterschiedlos in den grossen Topf der „toxischen Angioneurosen" hineinfallen, was doch z. B. für die Jod- und Bromacne äusserst zweifelhaft sein dürfte. Ausser den Arzneiexanthemen rechnet H. noch. zu den toxischen Angioneurosen die (von mir zuerst als cutane Angioneurose beschriebene) Urticaria, dann Pellagra, Akrodynie und Ergotismus. Unter den „essentiellen Angioneurosen" ist auffanderweise der einfache Rubor (der von mir als „essentieller oder angioneurotischer Rubor" bezeichnete Zustand) vergessen; dagegen beschreibt H. hier als „Angioneurosen mit vorwaltend entzündlichen Erscheinungen" die von seinem Vater als polymorphes Erythem und Herpes Iris beschriebenen Zustände, sowie Erythema nodosum, Peliosis rheumatica und Pemphigus vulgaris; ferner die (auch zuerst von Landois und mir als Angioneurosen charakterisirte) Acne rosacea, und die locale Asphyxie mit symmetrischer Gangräne. — Es wäre vielleicht am Orte gewesen, hier etwas über die nicht mehr so ganz seltenen, auf einen Krampfzustand der Venen bezogenen Hautaffectionen und die Unterscheidung dieser Zustände vom cutanen Arteriospasmus zu sagen. Ueberhaupt musste doch eine Darstellung cutaner Angioneurosen mit einer, wenn auch noch so kurzen Charakteristik der Krampf- und Lähmungs-

zustände an den Hautgefässen und der davon unmittelbar abhängigen Phänomene beginnen.

Gegen die Gesammtbezeichnung der dritten Classe als „neuritische Dermatosen (Trophoneurosen der Haut") lässt sich wieder Einspruch erheben — um so mehr, als wir darin auch eine Unterabtheilung: „nichtentzündliche Trophoneurosen" finden, die H. allerdings in Klammer als „neuritische Wachsthumsanomalien" bezeichnet. Es können aber die hier untergebrachten neuritischen Atrophien der Haut und ihrer Adnexe, der Pigmentmangel (Vitiligo), das Ergrauen der Haare u. dgl. nicht als Folgen neuritischer Reizung aufgefasst werden; die Reizung trophischer Nerven erzeugt vielmehr nur gewisse eigenthümliche Formen neuritischer Dystrophie (namentlich Entzündungsprocesse) — im Gegensatze zu den Hypertrophien und Atrophien — wie dies besonders Samuel in sehr überzeugender Weise dargethan hat. Die Arbeiten des Letzteren scheinen H. wenig bekannt gewesen zu sein oder er scheint doch wenig Notiz von ihnen genommen zu haben; citirt hat er Samuel, so weit ich habe sehen können, in dem ganzen Capitel der Trophoneurosen niemals, obgleich sich doch sogar für die zweimalige Erwähnung eines grundverkehrten Ausspruches des Plinius über Zoster Zeit und Raum darbot (p. 255 und 258). — Die Literaturbenutzung scheint überhaupt eine sehr ungleiche zu sein, so dass es vielleicht besser gewesen wäre, von Citaten gänzlich Abstand zu nehmen.

Im Ganzen ist die Tendenz des Buches, dem Auspitz'schen System grössere Beachtung und Durchführung zu verschaffen, ja durchaus zu loben; ob das Buch dem Dermatologen von Fach Neues, Selbständiges bringt, mag dahingestellt bleiben; dem Neurologen oder dem für neurotische Dermatosen sich interessirenden Arzte möchten wir aber empfehlen, sich lieber an das oben erwähnte Schwimmer'sche Buch zu halten, woselbst ihm der Gegenstand voller, reichhaltiger und in weit grösserer Vertiefung entgegentreten wird. Für das als Compendium angelegte und somit dem Bedürfniss anderer Leserkreise angepasste Hebra'sche Werk liegt hierin selbstverständlich kein Vorwurf — wenn es uns auch gefreut haben würde, in der neuesten lehrbuchmässigen Darstellung der Hautkrankheiten die neurotischen Dermopathien nicht bloss äusserlich in weiterem Umfange recipirt, sondern auch in ihren physiopathologischen Grundlagen sicher erfasst und mit vollem Verständnisse gewürdigt zu finden.

A. Eulenburg.

IV. Vermischtes.

Der soeben erschienene neunte Bericht der Verwaltung der Unterstützungskasse für bedürftige Pfleglinge der Grossherzoglichen Landes-Irrenanstalt zu Heppenheim (1882/83 u. 1883/84) legt in erfreulicher Weise die Entwickelung und günstigen Erfolge jener segensreichen Einrichtung dar. 148 Vertrauensmänner aus allen Schichten der Gesellschaft fördern die Zwecke. Die Einnahme betrug 19796 Mark, die Ausgabe 18598 Mark, der Vermögensstand 26927 Mark. Die Beiträge, und das muss als nachahmungswerthes Beispiel hervorgehoben werden, fliessen aus dem kleinsten Dorfe und zum grossen Theil von weniger bemittelten Leuten; man hat es also verstanden, auch hier das Interesse für die Sache zu wecken. M.

In der Medical Times and Gazette (1884. Jän. p. 40) berichtet Hutchinson über einen Arzt, der in Folge von excessivem Rauchen an Amaurosis litt. Grosse Dosen Opium stellten die Sehkraft fast vollständig wieder her. H. meint, dass vielleicht das Opium den durch den Tabak hervorgebrachten Krampf der Gefässe beseitigte. M.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 15. Juli. No. 14.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** 1. Ueber Augenstörungen bei multipler Sklerose von **Gnauck.** 2. Nachtrag zu der Mittheilung „Ueber die Bedeutung der Intervertebralganglien" von **Bechterew** und **Rosenbach.**

II. Referate. Experimentelle Physiologie. 1. Ueber den Einfluss der Vergiftung mit Kohlenoxydulgas auf die Nervencentren des Hundes von **Chardin.** — Pathologie des Nervensystems. 2. Mittheilungen auf dem Gebiete der Nervenpathologie von **Henoch.** 3. Contribution à l'étude de l'aphasie par **Balzer.** 4. Zwei Fälle choreatischer Zwangsbewegungen mit ausgesprochener Heredität von **Ewald.** 5. Sur un cas de myélite chronique diffuse avec prédominance des lésions dans les cornes antérieures de la moelle par **Babinsky.** 6. Concussion of the spine in railway injuries by **Johnson.** 7. Statistisches und Klinisches über Alcoholismus von **Moeli.** 8. Ein Fall von Vitiligo nervösen Ursprungs von **Kisseljow.** 9. Zwei Fälle von neuroparalytischer Hornhautentzündung von **Nieden.** 10. Studien über die bei halbseitigen Atrophien und Hypertrophien, namentlich des Gesichtes, vorkommenden Erscheinungen, mit besonderer Berücksichtigung der Pigmentation, von **Lewin.** — Psychiatrie. 11. Délire aigu; Eruption de furoncles au vingtième jour; Guérison par **Baillarger.** 12. Sulle irregolarità dell' orifizio pupillare negli alienati, Ricerche del **Musso.** 13. Ueber die sogenannte photographische Gleichheit aller Irreseinsanfälle bei demselben Epileptiker von **Fischer.** 14. Ueber echte Sitophobie von **Sperlingk.** 15. Il delirio uremico maniaco nelle affezioni renali del **Petrone.** — Therapie. 16. Ein Beitrag zur Therapie der Diabetes insipidus von **Lumin.** 17. Paraldehyd als Schlafmittel von **Renz.** — Forensische Psychiatrie. 18. Medico-legal relations of epilepsy by **Kiernan.**

III. Aus den Gesellschaften. — **IV. Bibliographie.** — **V. Personalien.**

I. Originalmittheilungen.

1. Ueber Augenstörungen bei multipler Sklerose.

Nach einem Vortrag in der medicinischen Gesellschaft zu Berlin.

Von Dr. **Rudolf Gnauck.**

Meine Herren! Die multiple Sklerose — oder wie man wohl richtiger sagt, die fleckweise graue Degeneration des Gehirns und Rückenmarks — ist bekanntlich eine Krankheit erst der letzten Jahrzehnte und es ist vorwiegend das Verdienst Charcot's, dieselbe genauer erforscht und präcisirt und sie unter die feststehenden klinischen Krankheitsbilder eingereiht zu haben.

Die Diagnose der multiplen grauen Degeneration war immer eine schwierige und ist es noch heute; ja die Schwierigkeiten derselben haben in neuester Zeit

eher noch zugenommen. Wer eine Anzahl solcher Kranken gesehen hat, weiss, dass das Krankheitsbild, welches CHARCOT so meisterhaft gezeichnet hat, trotz seiner Vorzüge doch zu schematisch ist, und dass ihm die wenigsten Fälle ganz entsprechen. — Dieses Krankheitsbild ist wohl zu bekannt, als dass ich es hier noch einmal zu skizziren brauchte.

Besonders sind es ja die Anfänge der Krankheit, welche in Folge des Lückenhaften und der häufig geringen Intensität der Erscheinungen eine sichere Diagnose kaum gestatten und die Verwechselung besonders mit Neurosen häufig machen. Aber auch die ausgebildete Krankheit kann zu Irrthümern führen, da bekanntlich verschiedene andere Rückenmarkserkrankungen unter dem Bilde der fleckweisen grauen Degeneration verlaufen können — und umgekehrt. Ferner giebt es Fälle, bei denen es während der ganzen Krankheitsdauer zweifelhaft bleibt, ob sie als Neurosen, besonders als Hysterie oder als multiple Sklerosen oder als eine Verbindung beider Affectionen aufzufassen sind. Bis jetzt erachtete man allerdings die Diagnose als gesichert, wenn zu den Störungen von Seiten des Rückenmarks auch solche von Seiten der Gehirnnerven hinzutraten. Allein auch dies ist nicht mehr absolut stichhaltig; denn neuerdings hat WESTPHAL Fälle mitgetheilt, welche klinisch vollständig das Bild der multiplen grauen Degeneration des Gehirns und Rückenmarks darboten (dabei Doppelsehen, skandirende Sprache, Verlangsamung der Augenmuskelbewegungen etc.), deren Sectionsbefund, resp. mikroskopischer Befund aber durchaus negativ ausfiel.

Aus diesem Grunde wäre es natürlich sehr erwünscht, ein relativ sicheres Unterscheidungsmerkmal zwischen wirklicher multipler Sklerose und, so zu sagen, Pseudoformen derselben zu finden. Und in der That, wie WESTPHAL schon hervorgehoben hat, giebt es ein solches, welches, wenn es vorhanden ist, eine ziemliche Sicherheit der Diagnose ermöglicht. Dies ist die Atrophie des Nervus opticus.

Wenn ich in meinem Thema ganz im Allgemeinen von Augenstörungen gesprochen habe, so möchte ich dies heute etwas beschränken. Ich beabsichtige nicht über die Störungen der Augenmuskeln, Doppelsehen, Nystagmus etc., welche sich ja bei multipler Sklerose häufig finden, zu sprechen und ich werde sie nur nebenbei statistisch erwähnen. Ich habe heute besonders die Affectionen des Nervus opticus im Sinne und möchte auf Fälle dieser Art einige Augenblicke Ihre Aufmerksamkeit lenken.

Meine Herren, es ist eine bekannte Thatsache, dass Störungen im Bereiche des Nervus opticus, besonders auch Atrophie desselben bei multipler Sklerose ein nicht zu seltenes Vorkommniss abgeben. Die meisten von Ihnen werden solche Fälle beobachtet haben und den Ophthalmologen ist es vielleicht etwas Gewöhnliches. Allein es ist doch bemerkenswerth, dass genauere Befunde darüber sehr wenig vorliegen. Es ist erwähnt, dass Herabsetzung der Sehschärfe häufig, ungefähr in der Hälfte der Fälle, vorkommt, dass wieder die Hälfte dieser letzten Fälle ausserdem Atrophie des Opticus aufweise; ferner werden Gesichtsfeldbeschränkungen verschiedener Art erwähnt, in seltenen Fällen auch Neuritis mit folgender Sehnervenatrophie.

Ich möchte Ihnen nun an der Hand meines Materials eine Reihe von Störungen am Sehnerven vorführen, welche auf der einen Seite das Bekannte bestätigen, auf der anderen Seite vielleicht einige neue Gesichtspunkte darbieten.

Um nun durchaus sichere Befunde zu gewinnen, war eine specialistische Augenuntersuchung eine Nothwendigkeit. Ich habe daher das Material gemeinsam mit Hrn. Uthoff bearbeitet und wir haben alle Kranken eingehend und wiederholt untersucht.

Es liegen mir 50 Fälle von multipler grauer Degeneration des Gehirns und Rückenmarks vor, welche ich Gelegenheit hatte, auf der Nervenklinik und Poliklinik der Charité zu beobachten. Diejenigen Kranken, welche das Bild der spastischen Spinalparalyse darboten, habe ich nicht mit dazu gerechnet, da unter diesem Bilde die multiple Sklerose verlaufen kann, dies aber bekanntlich durchaus nicht nothwendig ist. Es waren deren 5 Fälle. Uebrigens fanden sich bei diesen Kranken niemals Augenstörungen.

Von diesen 50 Kranken hatten Störungen an den Augenmuskeln 13, Störungen an den Pupillen 19 (darunter 4mal Pupillenstarre). Ich erwähne dies Letztere hier besonders, weil man vielleicht auch die Pupillenstarre als diagnostisches Unterscheidungsmerkmal von Pseudoformen der multiplen Sklerose herbeiziehen könnte; allein es kommt eben sehr selten vor.

Von den 50 Kranken hatten 22 keine Sehstörungen; die übrigen 28 hatten solche. 8 davon zeigten nichts als Herabsetzung der Sehschärfe verschiedenen Grades, 5 zeigten Herabsetzung der Sehschärfe und Gesichtsfeldbeschränkungen, die andern 15 zeigten zum Theil auch die erwähnten Störungen, vor Allem aber durchgängig Veränderungen des Augenhintergrundes. Die Letzteren bestanden einmal in totaler Sehnervenatrophie mit Erblindung, dann in partieller Sehnervenatrophie, Verfärbung der Papillen und zwar hauptsächlich der temporalen Hälften, ferner in Hyperämie der Papillen und Neuritis optica.

Indem ich nun auf die einzelnen Fälle etwas näher eingehe, werde ich aus der Fälle des Materials nur das Wichtigste herausnehmen und, indem ich im Ganzen mehr resumire, nur diesen und jenen Fall, welcher ein besonderes Interesse darbietet, eingehender besprechen.

Die 8 Fälle mit amblyopischen Erscheinungen bieten nichts Besonderes dar, und ich beginne sogleich mit den Fällen, welche Gesichtsfeldbeschränkungen und Herabsetzung der Sehschärfe zeigten, welche letztere zum Theil ziemlich bedeutend war. Bei den meisten handelte es sich um eine concentrische Gesichtsfeldbeschränkung von 10—30 Grad. Eine solche war auch für Farben, und zwar bisweilen in hohem Grade vorhanden; dabei bestand eine sonderbare perverse Farbenperception, indem z. B. blau als grün bezeichnet wurde und umgekehrt.

Ich will auf diese eigenthümlichen Störungen, welche meist auch mit Störungen anderer Sinnesnerven und mit psychischen Störungen verbunden sind, und welche man auch als sensorische Anästhesien bezeichnen kann, nicht näher eingehen. Die Herren Oppenheim und Thomsen bearbeiten gerade das Thema der sensorischen Anästhesien und werden diese Fälle mit verwerthen.

Ich will nur erwähnen, dass diese concentrischen Gesichtsfeldbeschränkungen einem grossen Wechsel unterworfen sind, und die heute erhobenen Befunde können kurze Zeit darauf ganz verändert sein, ja, die Störung kann einmal auch vollständig wieder verschwinden. Uebrigens sind 2 der Fälle zur Section gelangt und diese hat die Diagnose der multiplen grauen Degeneration bestätigt.

Einen Fall möchte ich besonders hervorheben. Im Verlaufe der Krankheit nämlich, unter Vorangang eines Schüttelfrostes, traten plötzlich auf- und abgehendes Flimmern vor den Augen, Donnern im rechten Ohre und stechende Schmerzen auf der rechten Seite des Gesichts auf. Nach einigen Tagen fand ich die Sensibilität der rechten Gesichtshälfte abgeschwächt und auf dem rechten Auge nach aussen einen kleinen Gesichtsfelddefect. Nach 10 Wochen war die Störung wieder vollständig verschwunden. Das Interesse dieses Falles liegt sowohl in der Kleinheit des Gesichtsfelddefectes und in der kurzen Dauer seines Bestehens, als auch in dem directen Zusammenhange dieser Störung mit Erscheinungen von Seiten anderer Gehirnnerven, welche letzteren eben so schnell wieder verschwanden.

Ich komme zu den Fällen mit ophthalmoskopischem Befunde und bringe zuerst 2 Fälle von totaler Sehnervenatrophie mit Erblindung.

Bei dem ersten Falle, einem Manne von 42 Jahren, bildete die Sehstörung den Beginn der multiplen Sklerose. Im Februar 1883 bemerkte der Kranke Nebligsein vor den Augen, was schnell zunahm; Ende Mai war er schon ganz blind. Anfang Mai erst zeigten sich andere Krankheitserscheinungen von Seiten des Nervensystems. Im Juni fanden sich beide Papillen vollständig atrophisch.

Hier verdient zweierlei hervorgehoben zu werden, zuerst der Beginn der Erkrankung nur mit der Sehstörung und dann die ungemein schnelle, binnen 4 Monaten erfolgte vollständige Erblindung.

Beim zweiten Falle, einem Mädchen von 25 Jahren, begann die Krankheit mit rechtseitiger totaler Ptosis. Als sich dieselbe nach einigen Monaten besserte, konnte Patientin auf dem rechten Auge fast nichts mehr sehen. Erst nach 2 Jahren begannen sonstige Krankheitserscheinungen. Nach 3 Jahren trat Verschlechterung des Sehvermögens auf dem linken Auge ein. Im 5. Jahre wurden beide Papillen vollständig atrophisch gefunden.

Ich habe diese Fälle besonders hervorgehoben, weil, wie schon Charcot, Erb, Förster und Andere hervorheben, totale Sehnervenatrophie mit Erblindung bei multipler Sklerose sehr selten vorkommt und in der Literatur sehr wenige solcher Fälle beschrieben sind. Charcot verweist auf einen solchen Fall von Magnan. Allein ob derselbe hierher gehört, ist doch sehr fraglich. Die Erblindung entstand daselbst 19 Jahre vor dem Beginne der multiplen Sklerose, und zwar im Anschluss an einen Typhus.

Die zweite Gruppe von Fällen ist diejenige mit partieller Atrophie des Opticus. Solcher Fälle giebt es in der Literatur eine ziemliche Anzahl, bald mit, bald ohne Abschwächung des Sehvermögens.

Diese partielle Opticusatrophie stellt sich in 4 von meinen Fällen als scharf begrenzte Verfärbung der temporalen Hälften der Papillen dar. In 6 Fällen

sind auch die inneren Hälften der Papillen etwas befallen, aber um vieles weniger als die äusseren, so dass die deutliche Markirung der letzteren immer auffallen muss.

2 Fälle hebe ich aus dieser Gruppe besonders hervor.

Bei dem ersten Falle, einer Frau mit Namen Dorenburg, ergab sich folgender Befund: auf dem linken Auge atrophische Verfärbung der temporalen Papillenhälfte und leichte concentrische Einengung des Gesichtsfeldes für roth und grün. Auf dem rechten Auge fand sich deutliche atrophische Verfärbung der ganzen Papille, hauptsächlich in der temporalen Hälfte. Das Gesichtsfeld war peripher frei, auch für blau; dagegen existirte für blau ein grösseres centrales Scotom; grün und roth wurden überhaupt nicht erkannt.

Wenn man diesen Befund, besonders auf dem rechten Auge, betrachtet, so macht er den Eindruck eines neuritischen Prozesses, zumal die Störung im Laufe von Monaten vollständig stationär blieb; eines neuritischen Prozesses, der abgelaufen ist und sich auf dem rechten Auge weiter ausgedehnt hat, als auf dem linken.

Bei dem zweiten Falle handelte es sich um einen 28jährigen Mann mit Namen Haymann. Bei ihm begann die Krankheit im Frühjahr 1883 mit Verschlechterung des Sehens, welche immer zunahm. Nach 4 Monaten erst zeigten sich andere Störungen von Seiten des Nervensystems. Nach 6 Monaten fand sich ein centrales Scotom für roth und grün bei freiem peripherem Gesichtsfeld. Es war dies also ganz das Bild einer Intoxicationsamblyopie. Bei der zweiten Prüfung nach 2 Monaten zeigte sich ein weiterer Verfall des centralen Sehens, so dass auch ein ausgesprochenes Scotom für blau vorhanden war, während grün und roth theilweise gar nicht mehr erkannt wurden.

Obgleich der sonstige Befund negativ war, konnte man doch vermuthen, es mit einem progressiven Prozesse zu thun zu haben. Indessen nach weiteren 2 Monaten hatte sich das Sehen erheblich gebessert, die Scotome für blau waren verschwunden, für roth nur noch in geringem Maasse vorhanden; grün wurde fast ganz richtig erkannt. Ausserdem aber machte sich eine atrophische Verfärbung der temporalen Papillenhälften bemerkbar. Nach weiteren 2 Monaten war das Gesichtsfeld vollständig frei, die Verfärbung der temporalen Papillenhälften aber im Gleichen.

Da von einer Intoxication durch Tabak, Alcohol etc. nichts zu eruiren war, so musste die Sehstörung mit der Allgemeinerkrankung, der multiplen Sklerose in Zusammenhang gebracht werden.

Ehe ich jedoch darauf weiter eingehe, wende ich mich zum Schlusse noch zu 3 Fällen von multipler Sklerose, bei denen sich tiefe Hyperämie der Papillen resp. Neuritis optica fanden. Auch hier erwähne ich einen Fall als den wichtigsten ausführlicher.

Im Verlaufe der multiplen Sklerose stellte sich ganz plötzlich eine Sehstörung auf dem linken Auge ein (Pat. sah Alles nebelig und undeutlich). Am 4. Tage darauf ergab sich folgender Befund: auf dem rechten Auge partielle Neuritis optica mit freiem Gesichtsfeld und normaler Sehschärfe; auf dem linken

Auge ausgesprochene Neuritis optica der ganzen Papille. Das Gesichtsfeld war peripher frei, zeigte aber ein absolutes grosses centrales Scotom. Nach 9 Monaten, während dessen die multiple Sklerose deutliche Fortschritte gemacht hatte, war der Prozess zurückgegangen, und auf dem rechten Auge ergab sich ein normaler Befund. Auf dem linken Auge zeigte sich eine atrophische Verfärbung der temporalen Papillenhälfte und mässige Gesichtsfeldbeschränkung für Farben und weiss nach innen. Das centrale Sehen hatte sich vollständig restituirt.

Meine Herren, dieser letzte Fall ist gerade dadurch interessant, dass man die Sehstörung bei einem Falle von multipler Sklerose von ihren ersten Anfängen an beobachten kann. Bei der ersten ophthalmoskopischen Untersuchung war die Sehstörung erst 4 Tage alt und es fand sich eine ausgesprochene Neuritis optica auf dem linken Auge. Nach 9 Monaten ist der Prozess fast vollständig zurückgegangen und es sind eine atrophische Verfärbung der temporalen Papillenhälfte und eine partielle Gesichtsfeldbeschränkung zurückgeblieben. Die erstere ist also hier thatsächlich bei einem Falle von multipler Sklerose aus einem neuritischen Prozesse hervorgegangen.

Gehen wir nun noch einmal auf die schon erwähnten Fälle von Atrophie der temporalen Papillenhälften zurück, so schliesst sich an den letzt erwähnten Fall zunächst der Fall Haymann an. Bei diesem konnte man gleichfalls die Entwickelung der Atrophie der temporalen Papillenhälften, verfolgen und zwar unter dem Bilde einer Intoxicationsamblyopie, das heisst unter einem Symptomencomplexe, als dessen Grundlage man eine retrobulbäre Neuritis gewöhnlich annimmt.

Daran schliesst sich der Fall Dorenburg. Bei diesem konnte man zwar die Entstehung der Sehnervenatrophie nicht verfolgen, allein der ganze Befund sprach durchaus für einen neuritischen Ursprung: die vorwiegend temporale Verfärbung der Papille, das centrale Scotom, die freie Gesichtsperipherie und das Stationäre des Prozesses.

Diese Thatsache, meine Herren, erscheint bemerkenswerth, denn sie beweist, dass die Atrophie des Nervus opticus bei multipler Sklerose neuritischen Ursprungs sein kann. Ob sie es immer ist, das ist freilich eine andere Frage. Allein es ist doch zu vermuthen, dass besonders diejenigen Fälle, bei welchen gerade die atrophische Verfärbung der temporalen Papillenhälften so ausgesprochen ist, einen ähnlichen Entstehungsmodus haben. Das lässt sich allerdings nicht beweisen und dem ophthalmoskopischen Bilde nach könnte eben so gut eine primäre Atrophie als eine secundäre vorliegen. Bei der primären Atrophie (z. B. bei Tabes) kommen ja auch ähnliche ophthalmoskopische Bilder vor; allein dies ist doch nur ausnahmsweise der Fall und gewöhnlich mehr vorübergehend im Laufe dieses mehr progressiven Prozesses, während es bei den Fällen von multipler Sklerose sehr häufig ist. Bei der multiplen Sklerose bleibt eben die Atrophie der temporalen Papillenhälften gewöhnlich stationär und macht mehr den Eindruck eines abgelaufenen Prozesses; und greift sie auf die innere Hälfte der Papille über, so markirt sich die temporale Hälfte als die bedeutend

stärker befallene. Dass es davon Ausnahmen giebt, beweisen die beiden von mir erwähnten Fälle von totaler Sehnervenatrophie mit Erblindung; allein dies ändert doch die Regel nicht.

Natürlich präjudicirt das Gesagte nichts für die Entstehung der fleckweisen grauen Degeneration des Gehirns und Rückenmarks überhaupt und es wäre irrig, wollte man an den gefundenen Thatsachen eine Stütze für die Ansicht suchen, dass die multiple Sklerose entzündlichen Ursprungs sei. Man könnte ja das Auftreten einer Neuritis optica bei multipler Sklerose eben so gut für zufällig erklären, ohne dass dieser Einwand zu entkräften wäre — obgleich ein solcher Zufall nicht eben das Wahrscheinlichste sein dürfte.

Ich füge hier kurz den Sectionsbefund eines der Fälle an, bei welchem während des Lebens eine jahrelang gleichbleibende, sehr scharf begrenzte Atrophie der temporalen Papillenhälften vorhanden war. Es fanden sich im Gehirn und Rückenmark zahlreiche graue Degenerationsherde. Die Sehnerven zeigten makroskopisch auf dem Querschnitte kaum eine graue Verfärbung. Mikroskopisch fand sich partielle Atrophie und Schwund der Nervenfasern, interstitielle Wucherung des Bindegewebes und starke Kernvermehrung.

Diese Veränderung, welche links stärker ausgeprägt war, als rechts, beschränkte sich auf den vordersten Theil der Sehnerven, dicht hinter dem Bulbus, während weiter nach hinten im Orbitaltheile sich normales Gewebe vorfand. Ob man diese Veränderungen als neuritische Atrophie bezeichnen könnte, ist zweifelhaft; immerhin ist es bemerkenswerth, dass dieselben sich gerade nur direct hinter dem Bulbus localisirt hatten.

Meine Herren, ich komme zum Schlusse noch einmal auf den Anfang meines Vortrages zurück, auf den Werth der Atrophie des Nervus opticus für die Diagnose der fleckweise grauen Degeneration, und es schweben mir besonders zwei der mitgetheilten Fälle vor, bei welchen der ophthalmoskopische Befund in dieser Hinsicht von der grössten Bedeutung war. Der eine ist der Fall Haymann. Bei ihm begann die Krankheit allein mit der Sehstörung; erst nach einigen Monaten folgten andere Erscheinungen von Seiten des Nervensystems, und noch nach einem halben Jahre waren dieselben so gering, dass man sie als vage hätte bezeichnen können. Der Kranke klagte nur über grosse Mattigkeit und Schwächegefühl in den Beinen und leichte Erschwerung des Gehens. Objectiv war sehr wenig vorhanden: leichte Unsicherheit des Ganges, Herabsetzung der motorischen Kraft, gesteigertes Kniephänomen, eine Andeutung von Patellarclonus und Fusszittern bei Dorsalflexion — Dinge, welche eben so gut einer Neurose angehören konnten.

Nur die Sehstörung war eigenthümlich und auf diese hin vermuthete ich beginnende multiple Sklerose. Als nun sehr bald die Sehstörung zunahm, die Verfärbung der temporalen Papillenhälfte begann, wurde für mich die Diagnose sicher, obgleich die anderen Erscheinungen noch nicht zugenommen hatten. Diese Ansicht hat sich in der That bestätigt, der Kranke zeigt jetzt, wo die Sehstörung zurückgegangen, die temporale Verfärbung der Papillen aber noch vorhanden ist, das ausgesprochene Bild der multiplen grauen Degeneration.

Der zweite ist der Fall Dorenburg. Derselbe war dadurch interessant, dass, so zu sagen, über Nacht bald am rechten, bald am linken Arme und Beine Paresen auftraten, welche in kurzer Zeit wieder vollständig verschwanden. Obgleich nun bei multipler Sklerose Symptome nicht selten vollständig zurückgehen, so war doch solch ein schneller Wechsel immer eigenthümlich und bedenklich, zumal die erwähnten Symptome zu den Haupterscheinungen gehörten; wenigstens war ein hysterisches Leiden eben so gut denkbar. Allein der Befund an den Augen: Atrophie der Papillen, besonders der temporalen Hälfte derselben, mit centralem Scotome, musste auf die Diagnose der multiplen Sklerose zurücklenken. Die Richtigkeit dieser Ansicht hat auch der weitere Verlauf der Krankheit bestätigt.

In solchen Fällen dürfte also in der That die Atrophie des Nervus opticus das entscheidende Merkmal für die Diagnose der fleckweisen grauen Degeneration des Gehirns und Rückenmarks bilden.

2. Nachtrag zu der Mittheilung „Ueber die Bedeutung der Intervertebralganglien“ in Nr. 10 dieses Blattes.

Von Dr. **W. Bechterew** und **P. Rosenbach** in St. Petersburg.

Hr. Prof. Schultze hat in Nr. 12 dieses Blattes einige Bemerkungen veröffentlicht, mit denen er unsere Anschauung über die Bedeutung der Intervertebralganglien widerlegt zu haben meint. Obgleich wir nicht die Absicht haben können, in eine Polemik über die von uns festgestellten Thatsachen vor der demnächst in Aussicht stehenden ausführlichen Veröffentlichung unserer Arbeit einzugehen, wollen wir es doch nicht unterlassen, einige Worte auf die bezeichneten Bemerkungen zu erwidern, sowohl aus dem Grunde, weil Hr. Schultze irrthümlich die Unzulässigkeit unserer aus den Thatsachen gezogenen Schlüsse bewiesen zu haben glaubt, als auch deshalb, weil er letzteren solche von ihm selbst gefolgerten Schlüsse entgegenstellt, die sich aus ihnen durchaus nicht ergeben.

Zuvörderst macht uns Hr. Schultze den Vorwurf, dass wir die bekannten Experimente von Singer nicht für genügend halten, ohne die Gründe für diese unsere Meinung mitzutheilen. Hierbei bemerkt er: „Durchschnitt nicht auch Singer die hinteren Wurzeln, und zwar in sehr zweckmässig variirter Weise, und erhielt regelmässig die schönste aufsteigende Degeneration in den zugehörigen intramedullären sensiblen Nervenfasern?“ Da wir diese Thatsachen in unserer Arbeit nicht in Abrede stellen, so erscheint uns diese Frage zum mindesten überflüssig; wenn Hr. Schultze die Experimente von Singer für genügend hält zur Aufklärung der Function der Spinalganglien, so ist das eben seine Meinung. Wir glauben, dass es den Lesern unseres Artikels klar sein muss, weshalb wir Singer's Experimente für ungenügend ansahen: in seiner Arbeit ist von dem Verhalten der grauen Substanz des Rückenmarks bei den operirten Thieren keine Rede, während wir eben in letzterer constante Veränderungen fanden.

Ebenso überflüssig ist unseres Erachtens die Bemerkung des Hrn. SCHULTZE, dass die aufsteigende Degeneration in den Hintersträngen kein neues Versuchsresultat sei (S. 267), da wir es in unserer Arbeit gar nicht als neu bezeichnen und selbst auf die Autoren verweisen, die es vor uns constatirt haben.

Was das andere Ergebniss unserer Untersuchung anbelangt, dass nämlich nach Durchschneidung der Cauda equina die Nervenzellen der grauen Substanz des untersten Rückenmarksabschnittes degeneriren, so findet Hr. SCHULTZE, dass wir es irrthümlich erklären. Er meint, wir haben vergessen den Beweis zu führen, dass wir nicht direct durch das eingreifende Trauma die genannten Veränderungen hervorgerufen haben, und dass dieselben „im Uebrigen durchaus den Eindruck von Folgezuständen traumatischer Einwirkungen in der Nähe der ursprünglichen Läsion" machen. Dieser Einwand wird durch folgende Erwägungen beseitigt:

Wie wir in unserer kurzen Mittheilung erwähnen, fanden wir in allen Fällen Verwachsung der Cauda equina mit ihren Hüllen; wir können hier hinzufügen, dass diese Verwachsung die Ausdehnung von ungefähr 2—4 mm nicht überschritt, und das war die einzige Folge traumatischer Einwirkung unserer Operation, da die von uns im Rückenmark gefundenen Veränderungen ihrem Charakter nach mit dem Bilde einer traumatischen Gewebsentzündung nichts gemein haben. Auch an den das Rückenmark selbst umgebenden Häuten, der Dura sowohl als Pia, war keine Spur von entzündlichen oder überhaupt pathologischen Vorgängen zu entdecken. Wenn ferner die von uns ausgeführte Durchschneidung der Cauda equina aufsteigende Veränderungen in Folge traumatischer Einwirkung hervorgebracht hätte, so wäre es unerklärlich, warum die vorderen Wurzeln, die ja auch in der Cauda equina durchtrennt wurden, keine aufsteigende Degeneration zeigen, und warum die überwiegende Mehrzahl der weissen Stränge im unteren Rückenmarks vollkommen unverändert bleibt. Alles dieses in Verbindung mit der constanten Fortsetzung der Degeneration von den durchschnittenen hinteren Wurzeln auf die Nervenzellen der grauen Substanz des untersten Rückenmarkgebietes und auf die innere Abtheilung der GOLL'schen Stränge (Letzteres mit nicht so voller Beständigkeit), liefert unseres Erachtens den unumstösslichen Beweis dafür, dass die von uns gefundenen Veränderungen des Rückenmarks nicht als Folgen traumatischer Einwirkung aufzufassen sind, sondern als eine Ernährungsstörung, bedingt durch das Ausschalten der Intervertebralganglien.

Unsere Meinung, dass die Degeneration der GOLL'schen und einzelner Fasern anderer weisser Stränge in unseren Versuchen nicht unmittelbar durch Abtrennung der Ganglien bedingt ist, gründet sich darauf, dass sie in einigen Fällen fast vollkommen fehlte, während die centralen Stücke der hinteren Wurzeln und die graue Substanz des unteren Rückenmarksgebietes schon in ausgeprägter Weise verändert waren. Es darf nicht vergessen werden, dass der anatomische Nachweis eines directen Uebergangs der hinteren Wurzelfasern in die Hinterstränge bisher nicht geliefert, und dass derselbe von einigen Forschern auf Grund anatomischer Untersuchungen entschieden bestritten wird. Wenn ein solcher unmittelbarer Uebergang in der That vorläge, so hätten wir in jedem

Versuch bei der vorgeschrittenen Entartung der hinteren Wurzeln mit Beständigkeit wenigstens in den Anfängen der GOLL'schen Stränge Degeneration finden müssen, was aber nicht der Fall war.[1]

Der von Hrn. SCHULTZE hervorgehobene Umstand, dass nicht bei jeder Querläsion des Rückenmarks oberhalb der primär afficirten Stelle eine secundäre Degeneration der Nervenzellen stattfindet, ist nicht nur kein Einwand gegen unsere Auffassung über die Bedeutung der Intervertebralganglien, sondern stimmt mit ihr vollkommen überein. Da man unseren Versuchen zufolge annehmen muss, dass jedes Ganglienpaar auf das entsprechende Rückenmarkssegment Einfluss hat, so kann natürlicher Weise gar keine Rede davon sein, dass — wie Hr. SCHULTZE sich die Sache anscheinend vorstellt — unsere Versuchsergebnisse in einem solchen Fall aufsteigende Degeneration der grauen Substanz erwarten lassen. Wie wir in unserer Mittheilung erwähnten, fanden wir bei einer gewissen Anzahl unserer Thiere keine Veränderung in der grauen Substanz über dem Lendenmark, wenn sogar die Thiere viele Wochen am Leben blieben, während die Degeneration der Nervenzellen im unteren Rückenmarksgebiet stets in deutlichster Weise ausgeprägt war. In Folge dessen müssen wir die aufsteigende Degeneration der Nervenzellen, die wir bei einigen Thieren fanden, als eine Complication betrachten, die sich eben nicht anders erklären lässt, als durch Annahme eines per contiguitatem fortschreitenden Prozesses. Die Neigung localer Erkrankungen der grauen Rückenmarkssubstanz sich aufwärts fortzupflanzen, ist ja auch aus pathologischen Fällen gut bekannt.

Es steht also unseres Erachtens fest, dass die Intervertebralganglien trophische Centren nicht nur für die hinteren Wurzeln und erwähnten aufsteigenden weissen Stränge des Rückenmarks, sondern auch für die Nervenzellen der grauen Substanz desselben enthalten.

In Fällen pathologischer Läsionen der Cauda equina am Menschen wird bekanntermeise aufsteigende Degeneration der GOLL'schen Stränge beobachtet, und in dieser Hinsicht stehen unsere Versuchsresultate mit denen der Natur vollkommen in Einklang. Dass in solchen Fällen gewöhnlich nicht Degeneration der Nervenzellen der grauen Substanz beschrieben wurde, kann vielleicht daraus erklärt werden, dass in den betreffenden Beobachtungen den Veränderungen der grauen Substanz in den untersten Rückenmarksabschnitten nicht genügende Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Auch in dem letzten von SCHULTZE veröffentlichten Fall einer Affection der Cauda equina[2] wird des Verhaltens der grauen Substanz im Sacraltheil des Rückenmarks mit keinem Worte erwähnt.

---

[1] Wir untersuchten unsere Thiere nicht vor 13—14 Tagen nach der Operation — ein Zeitraum, in welchem Degeneration der GOLL'schen Stränge unbedingt hätte auftreten müssen, wenn letztere eine directe Fortsetzung der hinteren Wurzeln wären.

[2] SCHULTZE, Arch. f. Psych. Bd. XIV.

II. Referate.

Experimentelle Physiologie.

1) **Ueber den Einfluss der Vergiftung mit Kohlenoxydulgas auf die Nervencentren des Hundes** von Chardin. (Mitgetheilt in der Mai-Sitzung der St. Petersburger psychiatrischen Gesellschaft. Russisch.)

Die experimentellen Untersuchungen des Verf. ergaben folgende Resultate: Anfänglich wird die Erregbarkeit der Hirnrinde (der motorischen Zone) durch Einathmung von CO gesteigert, was sich darin äussert, dass die Curven der Muskelcontractionen bei gleicher Stromstärke ansteigen; in einem späteren Stadium der Intoxication sinkt die Erregbarkeit und schwindet zuletzt vollkommen, so dass sogar bei Application der stärksten Inductionsströme an die Hirnrinde keine Muskelcontraction mehr erzielt wird. Die Erregbarkeit der Marksubstanz der Hemisphären verschwindet etwas später als diejenige der Rinde. Die Reizbarkeit der peripheren Nerven wird durch CO-Vergiftung anscheinend nicht beeinträchtigt. Die Erregbarkeit des Rückenmarks sinkt bei den vergifteten Thieren erst kurz vor dem Tode.

Bei der mikroskopischen Untersuchung findet man in Fällen acuter Vergiftung nur intensive Hyperämie des centralen Nervensystems und stellenweise Hämorrhagien. Dagegen nehmen die Veränderungen in chronischen Fällen einen entzündlichen Charakter an: man findet Emigration weisser Blutkörperchen, Vacuolisation und Zerfall der Nervenzellen, Schwellung des interstitiellen Bindegewebes und körnig-fettige Entartung einzelner Axencylinder. Die bezeichneten pathologisch-anatomischen Veränderungen sind im Rückenmark und Gehirn die nämlichen. P. Rosenbach.

Pathologie des Nervensystems.

2) **Mittheilungen auf dem Gebiete der Nervenpathologie** von Henoch. (Charité-Annalen. 1884. S. 591.)

Aus der bemerkenswerthen Casuistik ist hervorzuheben ein Fall von ausgebreiteter **Meningitis** mit eitriger Infiltration und Hämorrhagien der Rinde des linken Vorderhirns **nach Scharlach.** Bis zum Eintritte der Convulsionen war der Urin frei, alsdann trat starker Gehalt an Albumen und Cylindern und rasches Ansteigen der Temperatur ein. H. ist geneigt, die Veränderung des Gehirns, deren Symptome leicht als einfach urämischer Natur hätten gedeutet werden können, nicht von der Urämie, sondern von der Nephritis direct herzuleiten, so wie häufig Pleuritis, Peritonitis, Pneumonie zu derselben hinzutritt.

Bei einem $3^1/_2$jähr. Kinde trat nach heftigen Krämpfen linksseitige Lähmung, hochgradige Demenz, Störung der Sprache, Unreinlichkeit, Unruhe, Zerreissen ein. Der Tod erfolgte nach einigen Monaten an Diphtheritis. Verbreitete **chronische Meningitis** mit Adhärenz, Hydrops der Ventrikel. H. macht auf die Analogie mit dem Befunde bei Paralytikern aufmerksam. (Ein Cysticercus im Hinterhauptslappen kann zur Erklärung der Lähmung nicht herangezogen werden.)

In einem zweiten Falle hatte sich seit 3 Jahren Blödsinn, Sprachlosigkeit, rechtsseitige Lähmung eingestellt. Tod durch eine intercurrente Pneumonie bei Scharlach. Die Section ergab Verwachsungen der Gehirnhälfte, **hochgradige Verdickungen der Pia,** mit Adhäsionen an vielen Stellen. Die Gehirnsubstanz namentlich links am Schläfenlappen atrophisch, z. Th. röthlich grau sklerosirt. Starke Dilatation der Ventrikel mit erheblicher Verdickung des Ependyms.

„Hysterische" Affectionen sah H. bei einem 8jährigen Mädchen als Globus, Hallucinationen, Lebhaftigkeit und Unruhe, erotisches Benehmen. Er erwähnt ferner,

bei einem 12jährigen Mädchen nach Gemüthsbewegungen auftretende anfallsweise Verwirrtheitszustände mit religiösen Delirien und Verkennung der Umgebung, welche später Anfällen von Zuckungen des Gesichts und der Arme bei ganz erhaltenem Bewusstsein Platz machten. Ein anderes Mädchen von 12 Jahren zeigte nach einem Schrecken ebenfalls anfallsweise psychische Störungen, heftiges Schreien und Toben mit Bewusstseinstrübung, Lach- und Weinkrämpfen. Aehnlich bei einem Kinde nach Zuckungen der Arme bei erhaltenem Bewusstsein heftige Delirien und nach 10 Tagen inspiratorische Krämpfe mit Parese der Unterextremitäten, die plötzlich schwand wie sie gekommen war. Als Wichtigstes hebt Henoch den Wechsel der Zustände hervor, das Sprungweise der Erscheinungen und fügt als Gegensatz, als wahrscheinlich epileptischer Natur, eine Beobachtung von anfallsweiser, aber stets mehr gleichartiger Geistesstörung mit eigenthümlichen Bewegungen des Arms und der Augenlider hinzu, bei welcher der Pat. dämmerhaft sich herumbewegte oder in einer Art von Stupor verharrte. Moeli.

---

3) **Contribution à l'étude de l'aphasie** par F. Balzer. (Gazette méd. de Paris. 1884. No. 9.)

B. bringt zwei neue Beobachtungen von Aphasie, von denen allerdings nur die erste einigermaassen für die Lehre von den Localisationen der Hirnrinde verwerthbar ist, während man von der zweiten höchstens sagen kann, dass sie der jetzigen Lehre nicht widerspricht.

Fall I. Ein 62jähriger Mann hatte seit etwa 6 Jahren Schwindelanfälle gehabt. Im März 1882 trat plötzlich ein Anfall ein, in welchem der Kranke auf nichts reagirte, und wonach eine rechtsseitige Hemiparese zurückblieb nebst Aphasie, sodass Pat. nur noch wenige Worte sprechen konnte. Während nun in der folgenden Zeit die Hemiparese sich verlor, blieb die Aphasie bestehen; zugleich nahm die Intelligenz ab. Pat. konnte die Namen der Dinge, die man ihm zeigte, nicht nennen, und wenn er nach längerem Ueben das betreffende Wort wirklich einmal behalten hatte, so vergass er es doch fast sofort wieder. — Dabei Agraphie, ferner Glosso-Ataxie (bei intendirten Bewegungen), aber intacte Mastication und Deglutition. — Keine Facialis-Parese, keine Störungen der Sensibilität; Sehnenphänomene vorhanden. — Allgemeine beständige Unruhe, zunehmende melancholische Stimmung. — Körperlicher Verfall. — Tod am 2. Juli 1883.

Section: Rechte Hirnhälfte gesund. Links: Ein grosser grau-gelber Erweichungsherd, der — mit Ausnahme der Spitze — fast den ganzen Gyrus temporal. I und den oberen Rand des Gyr. temp. II einnahm; nach hinten sich verbreiternd reichte er bis zum Lob. occipitalis, und nach hinten — oben über den Gyr. angularis hinaus bis in den Lobus parietalis hinein.

Ausserdem nur noch 2 ganz kleine punktförmige gelbe Fleckchen am hinteren-oberen Ende des Gyr. front. inf., wohl ganz ohne Beziehung zu den Symptomen.

Der betreffende Ast (Ram. IV) der Art. foss. Sylvii ist verkalkt und vollständig obliterirt.

Aus der grossen Ausdehnung des Herdes erklärt Verf. den verwickelten Symptomencomplex: es habe hier offenbar unvollständige Wortblindheit und Worttaubheit bestanden, motorische Aphasie und Agraphie, und neben Glosso-Ataxie ein beträchtlicher Grad von allgemeiner Amnesie und Intelligenzdefect. — Wenn nun, trotzdem die Erscheinungen der motorischen Aphasie ausgesprochen waren, doch die untere linke Stirnwindung frei war (oder doch so gut wie frei), so erkläre sich das dadurch, dass durch die Grösse des Schläfenlappenherdes eine Unterbrechung der betreffenden Leitungsfasern bedingt war.

Fall II. Ein 31jähriger tuberkulöser Drucker, bisher ohne Gehirnerscheinungen, beklagt sich am 25. März 1883 darüber, dass er eine gewisse Schwierigkeit beim

Sprechen empfinde; er unterbricht sich öfter, bleibt starr, vollendet nur mit Anstrengung, was er sagen will. — Am 27. März wird plötzlich diese Schwierigkeit der Rede viel stärker, Pat. bringt nur einige ruckweise herausgestossene Worte hervor. Am 28. März eine rechtsseitige Hemiparese ohne Facialis-Affection, ohne Störungen der Sensibilität etc. Pupillen von wechselndem Verhalten. Grosse Indifferenz.

Während bis zu dem am 7. April erfolgten Tode die Stärke der rechtsseitigen Lähmung eine wechselnde war, blieb der Kranke völlig stumm, verstand nichts, was man ihm sagte, aber ganz gut das, was man ihm durch Zeichen andeutete; er wusste auch seinerseits ganz gut durch Zeichen seinen Wünschen und Bedürfnissen Ausdruck zu geben.

Die Section ergab eine ziemlich circumscripte Meningitis tuberculosa auf der linken Hirnhemisphäre, welche einnahm:

1. den hinteren Theil des Gyr. front. inf. und die ganze Fossa Sylvii;
2. den Sulcus Rolandi;
3. den Sulcus temporal. I;
4. den Sulcus calloso-marginalis.

Die Hirnrinde war nur in ihren obersten Schichten afficirt.

Als Analogon dieses Falles citirt B. noch einen in der „Italia medica" 1883 Nr. 10 beschriebenen. Hadlich.

---

4) Zwei Fälle choreatischer Zwangsbewegungen mit ausgesprochener Heredität von C. A. Ewald. (Ztschr. f. klin. Med. 1884. Bd. VII. Suppl.-H.)

E. schildert zwei in allen Einzelheiten des Symptomenbildes übereinstimmende Fälle, Frauen von 50, resp. 37 Jahren betreffend, die klinisch eine der Chorea am nächsten stehende Affection repräsentirten, besonders aber sich auszeichneten durch die Zeit der Entwickelung und ausgesprochene Heredität. Das Wesentliche des Krankheitsbildes bildet eine continuirliche Muskelunruhe, beständige Zuckungen in der Musculatur des Kopfes, Gesichts, der Extremitäten, auch auf Zunge und Augenmuskeln übergreifend, während Rumpf und Abdomen frei blieb. Die Zuckungen hatten — abweichend von dem gewöhnlichen Verhalten bei Chorea — die Eigenthümlichkeit, dass sie durch intendirte Bewegungen unterdrückt werden konnten. Sonst bestanden keinerlei Anomalien des Nervensystems.

Aus der Anamnese ergab sich, dass bei der ersten 50jähr. Pat. das Leiden sich ohne nachweisbare Ursache im 35. Jahre allmählich entwickelt hatte; ferner dass die Mutter der Pat. von demselben Leiden in noch stärkerem Grade ebenfalls seit der Mitte der dreissiger Jahre ihres Alters befallen war. Eine Schwester der Pat., 52 Jahre alt, leidet seit dem 37 Jahre an derselben Affection.

In der Familien-Krankheitsgeschichte der 2. Pat. figuriren die Grossmutter, die Mutter und deren 5 Brüder (sämmtlich todt) als mit „Veitstanz" behaftet. Eine 50jähr. Schwester ist befallen, 2 noch lebende Geschwister frei. Bei allen erkrankten Personen entwickelte sich das Leiden im Anfang der dreissiger Jahre; bei der Pat. selbst im 30. Jahre.

Es besteht also in beiden Fällen eine zweifellose Erblichkeit, wie sie auch in anderen — seltenen — Fällen oder Formen von Chorea (Huntington) beobachtet ist. In E.'s beiden Fällen war der Ursprung von mütterlicher Seite nachgewiesen.

Es unterliegt nach Verf. keinem Zweifel, dass es sich in solchen Fällen um ein Leiden des Centralnervensystems, allerdings anatomisch durchaus undefinirbarer Natur, und nicht um eine Erkrankung der Muskeln oder peripheren Nerven handelt.

Eisenlohr.

---

5) Sur un cas de myélite chronique diffuse avec prédominance des lésions dans les cornes antérieures de la moelle par M. Babinsky. (Revue de méd. 1884. Mars p. 239.)

Klinisch und anatomisch ausreichend untersuchter Fall von diffuser chronischer Myelitis bei einem 30jähr. Manne. Keine Syphilis. Beginn mit Rückenschmerzen und einer sehr rasch eintretenden Lähmung beider Arme. Bald darauf starke Parese der Beine. Nach einigen Monaten so bedeutende Besserung aller Erscheinungen, dass Pat. wieder arbeitsfähig wird, obgleich eine merkliche Schwäche nachbleibt. 3 Jahre vollkommen stationärer Zustand. Dann von Neuem allmähliche Verschlimmerung der Parese in den Armen mit starker Muskelatrophie. 2 Monate später starke Parese der Beine ohne erhebliche Atrophie. Sensibilität und Sphincteren normal. Keine Contracturen. „Normale Sehnenreflexe." Schliesslich unter den Erscheinungen einer Zwerchfellslähmung Tod.

Im Rückenmark ergab die mikroskopische Untersuchung ausgedehnten Zellschwund in den Vorderhörnern des Cervicalmarks. Doch auch die benachbarten Partien der weissen Substanz nicht ganz normal (vermehrte Neuroglia, Spinnenzellen etc.). Im Brustmark und Lendenmark ist die Affection ebenfalls nachweisbar, aber geringer. Nur in den Clarke'schen Säulen findet sich eine starke Atrophie der Zellen (von einer secundären Degeneration der Kleinhirnseitenstränge ist auffallender Weise nichts erwähnt). An den vorderen Wurzeln des Cervicalmarks, sowie an den Nerven und Muskeln der Arme wurden sehr ausgesprochene degenerative Veränderungen gefunden.

In der Epikrise bespricht B. die Eigenthümlichkeiten des Falls und erwähnt die bis zu einem gewissen Grade vorhandene Aehnlichkeit desselben mit der acuten und chronischen Poliomyelitis. Strümpell.

---

6) Concussion of the spine in railway injuries by John S. Johnson. (The medico-legal Journ. 1884. March.)

Energischer Angriff auf die Existenz der sog. „Railway spine", d. h. der durch Eisenbahnunfälle hervorgerufenen Rückenmarkserschütterung, und besonders scharf gegen Erichsen's bekanntes Werk gerichtet. Verf., selbst Eisenbahnarzt, scheint den grösseren Theil aller wegen erhobener Entschädigungsansprüche zur gerichtlichen Cognition kommenden Fälle von Rückenmarkserschütterung für simulirt zu halten und weist besonders darauf hin, dass die Patienten nach erkämpfter Geldentschädigung gewöhnlich schnell gesund werden; sehr verdächtig müsse es auch sein, wenn die beschwerlichen Symptome erst wochenlang nach dem betr. Unfalle empfunden werden und wenn objectiv nichts nachzuweisen ist, wenn man sich also lediglich auf die subjectiv gefärbten Angaben des Pat. verlassen muss. Ein ausführlicheres Referat über den etwas populär gehaltenen Vortrag ist an dieser Stelle nicht erforderlich; doch glaubt Ref. darauf hinweisen zu dürfen, dass Putnam in neuester Zeit zwar ebenfalls eine „Rückenmarkserschütterung" im gewöhnlichen Sinne des Wortes als nicht existirend verwirft, dafür aber die auf sie bezogenen Symptome als Erscheinungen einer durch den erlittenen Schreck etc. entstandenen Hysterie auffasst. Vgl. auch dieses Ctrlbl. 1884. S. 106. Sommer.

---

7) Statistisches und Klinisches über Alcoholismus von Moeli. (Charité-Annalen. 1884. S. 524.)

Die statistischen Ausführungen M.'s (ausschliesslich Männer betreffend) ergeben, dass in einem etwa 4 Jahre umfassenden Beobachtungszeitraume die Zahl der in die Charité aufgenommenen Kranken mit Delirium alcoholicum eine sehr erhebliche

Zunahme erfahren hat, welche auch beim Vergleiche mit weiter zurückliegenden Jahren bestehen bleibt. Gegenüber dieser Steigerung um etwa 60 % im Jahre 1883/84 gegen das Jahr 1880/81 erfuhr die Aufnahmezahl der Geisteskranken nur geringe Schwankungen um etwa 12 %.

Von der Gesammtaufnahme auf die Irren-, Deliranten- und Krampfabtheilung liess sich bei fast 40 % der Ursprung der Erkrankung im Alcoholismus annehmen. Die sehr grosse Mehrzahl betraf Fälle, in denen Delirium tremens von verschiedener Dauer und Intensität oder Krämpfe mit oder ohne Delirien als ausschliessliche oder doch bei weitem wichtigste Erscheinung vorhanden war. Als Geisteskranke im engeren Sinne (abgesehen von der bei Säufern so häufig eintretenden mässigeren Umwandlung des intellectuellen und Gemüthslebens) liessen sich jedoch nur etwa der neunte Theil der Kranken, bei denen Alcoholmissbrauch als Ursache der Erkrankung angenommen werden musste, bezeichnen.

Was das Verhältniss der alcoholistischen Geisteskranken zur Gesammtzahl der Geisteskranken betrifft, so fand M. unter sorgfältiger Berücksichtigung der Momente, welche die normale Widerstandsfähigkeit gegen die Schädlichkeit des Alcohols zu ändern im Stande sind, dass bei 12,5 % der geisteskranken Männer der Charité der Alcoholmissbrauch als Ursache der Geisteskrankheit sicher festgestellt werden konnte. Das klinische Bild der Psychose, die körperlichen Erscheinungen und die einwurfsfreien Angaben über abnorm hohen Alcoholmissbrauch waren maassgebend.

Der habituelle Genuss von Alcohol in mittleren Mengen ist bei den Volksklassen Berlins, aus welchen die aufgenommenen Kranken stammen, weit verbreitet, so dass der Procentsatz der überhaupt regelmässig Alcoholmengen mittleren Grades Geniessenden unter den Aufgenommenen ein mehr als doppelt so hoher ist. Da jedoch der Alcoholgenuss solchen Grades an sich nicht genügend erachtet werden kann, eine bei dem Individuum ausbrechende Geistesstörung ätiologisch ausschliesslich zu begründen, so muss dahin gestellt bleiben, in wie weit bei dem Theile der an Spirituosen Gewöhnten, welcher nicht unter die zu 12,5 % der Aufnahme berechneten „alcoholistischen Geisteskranken" fällt, der Alcoholgenuss etwa zur Erkrankung mit beigetragen hat.

Unter den geisteskranken Männern aus den weniger bemittelten Bevölkerungsklassen Berlins tritt der Alcoholismus als ätiologisches Moment nicht mehr in den Vordergrund, als bei den Geisteskranken anderer Orte, ob aber das Delirium tremens in Berlin häufiger ist, als anderswo, lässt sich nicht entscheiden.

Epileptische Anfälle sah M. in 36—40 % der Alcohol-Deliranten plus Alcohol-Krampfkranken. Bei den alcoholischen Geisteskranken ist die Epilepsie weit seltener, in etwa 10 % vorhanden. Die Epilepsie trübt die Prognose, unter den Gestorbenen ergab sich ein Procentsatz von 58 für die an Krämpfen Leidenden. Bei einem Theile der Sectionen konnten Befunde am Centralnervensystem oder grobe Veränderungen innerer Organe nicht festgestellt werden.

Die bei Alcoholisten im Augenhintergrunde vorkommenden Veränderungen: Abblassung des temporalen Papillenabschnittes in 16 %, Trübung des Augenhintergrundes in etwa 20 % gefunden, sind bei den Epileptischen nur wenig häufiger als bei den einfachen Deliranten. Bei den Geisteskranken sind dieselben seltener. Auch die Amblyopie kommt bei Krampf- und Nichtkrampfkranken vor. Dagegen ist die von Thomsen hervorgehobene concentrische Gesichtsfeldbeschränkung nur bei krampfkranken Alcoholisten und bisher immer zugleich mit Sensibilitätsstörungen beobachtet worden. Gesichtsfeldeinengung und Hemianalgesie sah M. bei einem Nichtalcoholisten auch nach einem Strangulationsversuche ohne vorausgehenden Krampfanfall auftreten.

Im Anschlusse an einen früher von ihm beobachteten Fall von atrophischer Lähmung der Unterschenkelstrecker (cf. Jahrg. 1883 S. 332) theilt M. eine Beobachtung mit, in welcher ein schwerer Potator nach öfteren Deliriumanfällen, sensiblen Reizerscheinungen in den Beinen und Amblyopie mit Abblassung der temporalen

Papillenhälften von einer zunehmenden Lähmung, namentlich der Streckmusculatur am Oberschenkel mit Volumsabnahme und EaR der Muskeln befallen wurde. Unter zunehmenden Schwächeerscheinungen starb der Kranke nach mehreren Monaten an doppelseitiger Pneumonie. Die Section ergab ausser hämorrhagischer Pachymeningitis Veränderungen an der Musculatur der Beine, mikroskopisch waren in den Extensoren deutliche Degenerationsvorgänge nachzuweisen. Während das Rückenmark nichts Abnormes wahrnehmen liess, waren im Stamme des N. cruralis und einem Muskelaste desselben eine Anzahl von Nervenfasern degenerirt. Mit Rücksicht auf die im Leben beobachtete EaR ist die Erkrankung der Nerven als das Primäre anzusehen. In diesem Falle von atrophischer Lähmung und sensiblen Störungen bei Alcoholismus war die nachweisbare Läsion also vollständig auf das periphere Nervensystem beschränkt. Möglicherweise sind auch die nur im Gebiete der Sensibilität an den Unterextremitäten auftretenden Symptome bei Alcoholisten auf eine Erkrankung der peripheren Nerven zurückzuführen, die so häufige Affection eines Nerven, des Opticus, resp. der temporalen Fasern desselben, ist in dieser Beziehung erwähnenswerth.

M.

---

8) Ein Fall von Vitiligo nervösen Ursprungs von Kisseljow. (Wratsch. 1884. Nr. 23. Russisch.)

Die Krankheit äusserte sich in weissen Flecken auf der Dorsalfläche der Hände; an der rechten waren vier, an der linken drei. Die Flecken hatten eine unregelmässige, annähernd ovale Gestalt, einige Centimeter Länge, dunkelpigmentirte Ränder. Die Haut war selbst im Gebiet der Flecken vollkommen unverändert, ihre Sensibilität erhalten. Auch war Patient im Allgemeinen durchaus gesund.

Die Flecken entstanden vor zwei Jahren unter folgenden Umständen: In einem Eisenbahnwaggon sah Patient einen Passagier, der an den nämlichen Stellen des Handrückens solche Flecken hatte, wie die oben bezeichneten. Dieser Anblick flösste dem Patienten zuerst Abscheu ein, und dann Furcht, dass er in dieser Weise erkranken könne. Den ganzen Tag, und auch in der Nacht — im Traum verfolgte ihn der Gedanke an diese Flecken, die ihm fortwährend lebhaft vor Augen standen. Als er am nächsten Morgen erwachte, entdeckte er zu seinem Entsetzen eben solche Flecken an seinen Händen, und seitdem bestehen sie unverändert fort.

P. Rosenbach.

---

9) Zwei Fälle von neuroparalytischer Hornhautentzündung von A. Nieden, Bochum. (Arch. f. Augenheilk. XIII.)

Fall I. Stichverletzung der Gegend des linken Scheitellappens mit rechtsseitiger Extremitätenlähmung und sensorischer Aphasie; ausserdem linke Abducens-Lähmung: nur letztere blieb bestehen, die anderen Symptome schwanden. — Als etwa 9 Monate darauf die Schieloperation gemacht wurde, die ganz normal verlief, entstand vom 6. Tage an eine schwere Keratitis von neuroparalytischem Charakter; und nun erst fand man bei genauer Untersuchung eine linksseitige Trigeminus-Lähmung. Alle Mittel gegen die Keratitis liessen im Stich, bis N. Strychnin-Injectionen anwendete. (Strych. nitric. 0,002 täglich.) Schon nach der zweiten Injection Besserung, nach dem 12. Tage Entlassung des Pat. zu seiner Arbeit. Die Cornea und Conjunctiva, früher vollkommen anästhetisch, zeigten sich bei der Entlassung des Pat. für gröbere Berührungen empfindlich.

Dass in diesem Falle eine Trigeminus-Paralyse 9 Monate bestand ohne Keratitis, und dass letztere erst nach der Schieloperation auftrat, erklärt N. daraus, dass die Cornea bei der excessiven Einwärtsstellung vor Insulten besser geschützt war, als nach der Geradeausstellung, und dass die nun erst einwirkenden Schädlichkeiten zur Entzündung führten. Wenn allein eine Lähmung trophischer Nerven des ersten

Astes des Trigeminus, der hier sicher vollkommen functionslos war, genügen sollte zur Erklärung einer Keratitis neuroparalytica, so sei nicht einzusehen, weshalb hier die Keratitis nicht sofort nach der Verletzung eingetreten sei.

Fall II. Fractur der Schädelbasis durch linksseitige Gewalteinwirkung. Nach einigen Wochen Heilung der Verletzungen mit Zurückbleiben einer linksseitigen Abducens- und Facialis-Lähmung (und rechtsseitiger Taubheit); auch war Pat. träumerisch und weinerlich geworden. Etwa $2^1/_2$ Monate nach der Verletzung begann links eine neuroparalytische Keratitis. Jetzt constatirte man Anästhesie im Gebiete des 1. und 2. Astes des Trigeminus. Auch hier schritt N. — 3 Wochen nach Beginn der Keratitis — zu Injectionen von Strychn. nitric. (0,001 täglich) und erzielte auch hier Heilung, obwohl in den ersten 8 Tagen das Geschwür der Hornhaut 3mal perforirte, und nach dem 10. Tage ein Erysipelas faciei et capitis auftrat. Auch hier wurde in dem anästhetischen Bezirke der Gesichtshaut Rückkehr schwacher Empfindung für gröbere tactile Reize bemerkt.

N. weist auf die charakteristische Combination hin von Lähmung des Trigeminus und Abducens, resp. von Trigeminus, Abducens und Facialis, wie sie, ausser in den beiden obigen Fällen von Hirnverletzung, auch noch in 2 ganz analogen Fällen von Snellen und Haase vorliegt. Ihre anatomische Grundlage ist freilich nicht ganz klar.

Hadlich.

---

10) **Studien über die bei halbseitigen Atrophien und Hypertrophien, namentlich des Gesichtes, vorkommenden Erscheinungen, mit besonderer Berücksichtigung der Pigmentation,** von Lewin. (Charité-Annalen. 1884. S. 619.)

Die Abhandlung wird mit einer Zusammenstellung der aus der Literatur bekannt gewordenen Fälle halbseitiger Gesichtsatrophie und Hypertrophie, sowie einseitiger Körperhypertrophie unter Hinzufügung eigener Beobachtungen eingeleitet. Die Gesichtsatrophie (41 M., 27 W.) ist ungefähr gleich häufig rechts wie links, ebenso die Hypertrophie des Gesichts (5 M., 5 W.). Die einseitige Körperhypertrophie ist häufiger bei Männern (15 M. gegen 4 W.) und häufiger auf der rechten Seite gefunden. Von ätiologischen Momenten kommt für die Atrophia facialis lateralis in erster Linie das Trauma in Betracht, während bei der Hypertrophie einer Gesichts- oder Körperhälfte, namentlich bei letzterer Affection ganz überwiegend eine congenitale Entstehung in den Vordergrund tritt. Die Ausführungen L.'s über die Pigmentation, welche mit einer Besprechung des Morbus Addisonii eingeleitet werden, sind noch nicht zum Abschluss gelangt.

Moeli.

Psychiatrie.

11) **Délire aigu; Eruption de furoncles au vingtième jour;** Guérison par Baillarger. (Annales méd.-psycholg. 1884. I. p. 385.)

Ein 20jähr. Mädchen erkrankte an Delirium acutum, in dessen Verlauf ausser den bekannten Symptomen halbseitige choreatische (rechts) Bewegungen bemerkt wurden.

Am 20. Tage des Leidens trat eine heftige Eruption von Furunkeln ein, nachdem mit dem Erbrechen galliger Massen sich schon vorher eine leichte Besserung angebahnt hatte. Der Krankheitsfall verlief günstig; Heilung nach einigen Monaten.

Verf. fasst das Erbrechen biliöser Massen mit dem nachfolgenden Ausbruch von Furunkeln als Krise auf. — Schliesslich sei noch bemerkt, dass B. den vorliegenden Fall als ein Paradigma der „vesanischen" Form des Delirium acutum bezeichnet, im Gegensatz zu der paralytischen Form, über welche in dem nächsten Heft der Annales ein Beispiel veröffentlicht werden soll.

Jehn.

---

12) **Sulle irregolarità dell' orifizio pupillare negli alienati**, Ricerche del dott. G. Musso. (Lo Sperimentale. 1883. Dec.)

Verf. macht darauf aufmerksam, dass die kleinere Circumferenz der Iris nicht allzu selten keine kreisförmige Contour zeigt, sondern elliptisch oder auch ganz unregelmässig begrenzt ist. Besonders bei Geisteskranken ist eine derartige Abnormität häufiger zu beobachten. So fand Verf. bei 300 Irren nur 182mal = 63,3 % völlig runde Pupillen, während von 100 normalen Individuen 89 dieselben darboten. Elliptische Pupillen wurden bei Gesunden gar nicht, bei Irren in 7,3 % beobachtet. Die ganz unregelmässig gestaltete Pupille ist oft nur auf einem Auge zu finden und man kann sie wahrscheinlich als Initialstadium einer erst später sich ausbildenden Ungleichheit in der Weite beider Pupillen betrachten.

Zu erwähnen dürfte noch sein, dass epileptische Anfälle öfters durch das Unregelmässigwerden der Pupillaröffnung einige Stunden vor dem Ausbruch der Krämpfe angezeigt werden. Sommer.

---

13) **Ueber die sogenannte photographische Gleichheit aller Irreseinsanfälle bei demselben Epileptiker** von Franz Fischer. (Berl. klin. Wochenschr. 1884. Nr. 4.)

Verf. kommt auf Grund eigener Beobachtungen — ein Fall wird ausführlich geschildert — zu dem Schlusse, dass die photographische Gleichheit der Irreseinsanfälle bei Epileptischen nur für die postepileptischen die Regel bilde. Sie habe ihr Analogon in Fällen von psychischer Aura, bei welchen jeder Anfall durch dieselben Vorstellungen eingeleitet wird (hier führt er einen Fall an, der an Friedreich's „Erinnerungskrämpfe" erinnert), sowie in der Aehnlichkeit im Verlauf der einzelnen Krampfanfälle bei demselben Epileptiker. Tuczek.

---

14) **Ueber echte Sitophobie** von A. Sperlingk. (Inaug.-Dissert. Dorpat 1883.)

Die bei Geisteskranken so häufige Abstinenz, bei der eine Furcht vor der Einführung der Speisen, wie bei der Hydrophobie vor der Wasseraufnahme gar nicht vorhanden ist, will S. nicht als Sitophobie bezeichnen entgegen der Gewohnheit vieler Psychiater. Er bespricht alsdann einen Fall von Dementia, bei dem schreckhafte Nahrungsverweigerung als Aeusserung allgemeiner Schreckhaftigkeit aufzufassen war und 2 weitere Fälle, wo Nahrungsverweigerung abhängig war von einer Neigung zu spasmodischen Contractionen des Oesophagus, die bei Einführung der Schlundsonde, wie beim Schlingen von Speisen hervorgerufen wurden. Für derartige Erscheinungen glaubt Verf. den Wortbegriff „Sitophobie" mit einigem Recht geltend machen zu können. Als echte und wahre Sitophobie sieht er aber einen Symptomencomplex an, wobei „nicht instinctive Abneigung gegen Speisen, nicht Absicht sich zu casteien, nicht Furcht vor Gift, nicht Ekel vor Unsauberkeit — sondern ein bei dem Bewusstwerden des Bevorstehens des Deglutitionsactes sich einstellender Krampf im Schlingapparate selbst die klinische Elementarerscheinung ausmacht, auf welche Alles ankommt." Diese der Hydrophobie analoge Erkrankung hat Verf. in einem Falle beobachtet. Die Krankengeschichte zeigt, dass mit dem Ausbruch der Psychose Oesophagismus spasticus auftrat und seine höchste Intensität zur Zeit des Höhestadiums der Geisteskrankheit hatte. Mit der Besserung der Geisteskrankheit trat auch ein Nachlassen des Krampfes ein und das Verschwinden und Wiederauftreten der Psychose ging mit Verschwinden und Wiederkehr des Krampfes einher. Der Zusammenhang der Grosshirnerkrankung mit dem Oesophagismus ist also in diesem Falle evident; die Annahme einer Abhängigkeit der Oesophagusmusculatur von den Centralorganen ist wohl im Hinblick auf die Untersuchungen von Goltz physiologisch ohne weiteres berechtigt. Rosenheim.

15) **Il delirio uremico maniaco nelle affezioni renali** del Petrone. (Rivista sperimentale di freniatria. 1883. IV.)

Im Anschluss an die Mittheilung der gesammten Literatur über das urämische Delirium vermittelst skizzirter Krankengeschichten wird ein neuer Fall veröffentlicht, in welchem der Grad albuminöser Ausscheidung der erkrankten Nieren mit dem Grade der psychischen Krankheitsäusserungen des Delirium nicht harmonirte, wie dies in anderen Fällen bemerkt worden ist.

Den Grund der Bright'schen Encephalopathie sucht Petrone allerdings in urämischer Intoxication, erklärt aber, dass über die specifisch wirksamen Bestandtheile des Urins für jetzt nur Vermuthungen geäussert werden könnten. Jehn.

Therapie.

16) **Ein Beitrag zur Therapie der Diabetes insipidus** von Lunin. (Jahrbuch f. Kinderheilk. Bd. 21. H. 4.)

Ein 11jähr. Mädchen, aus gesunder Familie, zeigte, ohne vorausgegangene Krankheit oder Verletzung, seit dem 2. Lebensjahre eine erhebliche Steigerung der Harnmenge und des Durstes. Beim Eintritt in das Petersburger Kinderhospital ist das Kind kräftig entwickelt; Temperatur subnormal; es trinkt täglich 9—10 Liter Wasser; Harnmenge 7—8 Liter pro Tag. Der Harn kaum gelblich gefärbt, frei von Zucker und Eiweiss, specifisches Gewicht 1001. — Unter dem mehrwöchentlichen Gebrauch von Natr. salicyl. (3—4mal täglich 0,5 gr) fiel die Harnmenge auf 5000,0, blieb aber hier stabil. Darauf wurde Infus. sad. Valerian. 5,0 : 100 pro die verordnet und nach dreiwöchentlichem Gebrauche betrug die Harnmenge noch 2500,0 gr. — Nun kam ein Infus. Secale cornut. 2,0 : 100 pro die zur Anwendung, und die Harnmenge sank allmählich auf 1100,0—1200,0 gr. Der Harn wurde dunkler, das spec. Gewicht stieg auf 1010. Das Kind trank täglich noch ca. $^1/_2$ Liter Wasser und das Körpergewicht und Temperatur hatten die normale Höhe erreicht.

M. Cohn, Hamburg.

17) **Paraldehyd als Schlafmittel** von Dr. E. Renz. (Ctrlbl. f. klin. Med. 1884. Nr. 18.)

Verf. verabreichte 3—4 gr, meist in wässriger Lösung in einer Dosis; pro refracta dosi schien die Wirkung weniger sicher zu sein. Die 24 mitgetheilten Fälle sind den verschiedensten Krankheitsgebieten entnommen; mangelhaft oder negativ war die Wirkung des Paraldehyds nur 4mal. Fast immer trat der Schlaf innerhalb einer halben Stunde ein und dauerte 5—7 Stunden an, ohne eine Steigerung des Traumlebens. Bei negativer oder mangelhafter hypnotischer Wirkung trat Beruhigung ein, was im Gegensatz zu anderen Hypnoticis Hervorhebung verdient. Unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Verf. rechnet daher den Paraldehyd zu den besten Schlafmitteln; wenn es sich darum handelt, Schlaflosigkeit zu bekämpfen, die nicht durch Schmerzen oder mechanische Störungen, wie Husten, Athemnoth, hervorgerufen wird. Die Hauptindication für den Paraldehyd ist also dieselbe, wie sie bisher für das Chloralhydrat bestand. M. Cohn, Hamburg.

Forensische Psychiatrie.

18) **Medico-legal relations of epilepsy** by J. G. Kiernan. (The Alienist and Neurologist. 1884. V. p. 12.)

Nach einem längeren Referat über die neuere Literatur der forensen Beurtheilung epileptischer Verbrecher, theilt Verf. die Einzelheiten eines Mordes mit, den ein

Sträfling an einem Zellengenossen, mit dem er bis dahin in Frieden gelebt hatte, verübt hat. Zu dem Morde — innerhalb eines Gefängnisses und vor vielen Zeugen — lag kein anderes Motiv vor, als dass der Thäter später die summarische Erinnerung hatte, sein Opfer habe ihn unmittelbar vor dem Morde beschimpft. Gleich nach der That stand er extrem bleich und tief benommen ruhig da, um dann nach etwa einer Minute in heftige Tobsucht und Agitation, und später in tiefen Stupor zu verfallen. Bei der genaueren Exploration ergab sich nun, dass der Mörder früher häufige Krampfanfälle erlitten hatte, dass er, obschon aus achtbarer Familie, Gewohnheitsverbrecher und Potator maximus geworden war, und dass er bei einem Fluchtversuche eine schwere Kopferschütterung durch einen Sturz aus einer Höhe von circa 30 Fuss davongetragen hatte. Ausserdem deuteten eine permanent sehr niedrige Hauttemperatur (34—35 ° C.) und zahlreiche Analgesien auf eine noch jetzt bestehende Störung des Centralnervensystems. Trotzdem wurde die Annahme mehrerer Sachverständigen, er habe den Mord auf Grund einer initialen Gehörshallucination im epileptischen Aequivalent begangen, vom Gerichtshof nicht acceptirt und der Unglückliche gehängt. Die Section ergab u. A. zahlreiche Windungsanomalien, von denen besonders eine Communication der Fissura calcarina mit der Fiss. hippocampi zu erwähnen ist.

Beiläufig theilt Verf. noch einen anderen Fall von prodromalen Hallucinationen bei einem Epileptiker mit. Der Pat., früher nur leichten ohnmachtsartigen Anfällen unterworfen, erlitt als 19jähr. Soldat den ersten schweren Krampfanfall in Folge von Insolation. Er sah plötzlich ein schönes Weib in lasciven Stellungen vor sich, es erfolgte eine Ejaculation und unmittelbar darauf der Krampfanfall. Jahrelang waren diese Prodromalhallucinationen constant vor jeder Attacke; als aber einige Zeit Bromkali genommen worden war, zeigte sich nun regelmässig eine Teufelsgestalt, die mit einem Dreizack die Stirn des Pat. in dem Augenblick berührte, in dem die Bewusstlosigkeit ausbrach.

(Ref. hat einen Fall veröffentlicht, in dem den Krämpfen die Gesichtshallucination einer bestimmten Landschaft mit einem Hügel und einer Windmühle vorausging. Sobald die Mühlenflügel sich zu drehen anfingen, brach der Anfall aus. Vgl. Archiv f. Psych. XI. S. 590.) Sommer.

III. Aus den Gesellschaften.

Aus dem Congress für innere Medicin in Berlin.

(Schluss.)

Ueber die Localisationen der Functionen des Grosshirns.

Goltz, Strassburg: Das Dunkel, das lange über der Physiologie des Grosshirns lag, schien plötzlich erhellt zu werden, als Fritsch und Hitzig durch elektrische Reizung einzelner Abschnitte der Grosshirnrinde Zuckungen in bestimmten Muskeln der entgegengesetzten Körperhälfte erhielten. Waren dies die Centren der Bewegung, so musste Exstirpation dieser Theile Lähmung der betreffenden Muskeln ergeben, wie Ferrier dies behauptet. Fritsch und Hitzig dagegen fanden, dass die Thiere nicht gelähmt wurden, sondern nur das Interesse an der Lagerung der Gliedmaassen verlieren, Tast- und Schmerzempfindung seien nicht verändert. Schiff fand, dass die Tastempfindung leidet, nicht aber die Schmerzempfindung und die Bewegungsfähigkeit. Nach Munk gehe sowohl Schmerz- wie Tastempfindung verloren, das betreffende Glied sei empfindungslos, deshalb auch gelähmt.

Den Widerspruch in diesen Angaben muss G. noch um einen vermehren, was die übrigen Autoren gefunden, sind Bruchstücke der Wahrheit: nicht Lähmung tritt

ein, sondern es werden zu gewissen Handlungen gewisse Muskeln nicht gebraucht, nicht Empfindungslosigkeit tritt ein, sondern nur eine Stumpfheit der Empfindung.

Gegen seine Untersuchungen ist eingewendet worden, er habe die Centren nicht vollständig entfernt, sondern er sei durch gewisse zurückgebliebene Reste getäuscht worden. Um diesen Einwand zu begegnen, sei er jetzt 10 mm tief gegangen und habe ganze Lappen mit Einschluss der Basis exstirpirt, so dass von zurückgebliebenen Resten keine Rede sein könne. Nichtsdestoweniger ist ein so operirter Hund weder gelähmt, noch empfindungslos. Der Hund bewegt sich in allen Gangarten, nimmt freiwillig Nahrung zu sich, kurz führt willkürliche Bewegungen aus, bei denen der Einwand, sie seien Reflexbewegungen, keineswegs zulässig ist. Eben so wenig ist derselbe empfindungslos, nur kommt es darauf an, dass seine Aufmerksamkeit, wie dies z. B. beim Fressen der Fall ist, gesteigert wird. Stört man einen Hund beim Fressen, indem man ihn leise von hinten an der Pfote berührt, so reagirt er darauf in deutlichster Weise. Angenommen, dass Munk's Beobachtung richtig ist, dass die Empfindung verloren gehen kann, beweist diese Beobachtung, dass die Empfindung nicht verloren gehen muss. Denn hat auch nur ein richtig (!) operirtes Thier seine Empfindung behalten, so müssen noch andere Stellen der Rinde — und diese sind ja für andere Localisationen reservirt — die Empfindung vermitteln, somit wäre also der Grundgedanke der Localisationstheorie unrichtig.

Den übrigen Forschern sind vielmehr eine Reihe von Beobachtungen entgangen. Die operirten Thiere sind erstens ungeschickt zu gewissen Handlungen. Ein normaler Hund hält einen ihm vorgeworfenen Knochen mit den Beinen fest und nagt ihn ab, ein operirter Hund dagegen versucht ihn zwar festzuhalten, hebt ihn mit dem Maule auf, sucht ihn wieder zu erfassen etc. Dem Hunde fehlt die feine Innervirung, die Combination gewisser Muskeln, er hat eine Einbusse an Handlungen, nicht an Muskeln erlitten. G. glaubt hierin ein entferntes Analogon mit der Aphasie beim Menschen zu sehen. Einen Streifen Fleisch, der ihm vorgehalten wird, erfasst er nicht mit dem Maule direct, sondern er macht zuerst eine Reihe unzweckmässiger Bewegungen, ehe er ihn zu ergreifen im Stande ist.

Das zweite Merkmal, das G. gefunden hat, ist eine Steigerung gewisser Reflexe. Ein solches Thier am Rücken in der Gegend der Schwanzwurzel gekratzt, streckt die Zunge heraus und macht knuspernde Bewegungen, wie man sie häufig bei jungen Hunden findet. Streicht man ihn den Kopf, so legt er denselben in die Hand, ja er thut dies oft so stürmisch, dass er Rollbewegungen um die Längsaxe macht. Endlich sträubt er bei Berührung der Nackenhaare diese so, als wäre er mit Wasser begossen. All dies findet man bei jungen Hunden, während ältere die Unzweckmässigkeit dieser Bewegungen einsehen gelernt haben.

Endlich zeigt sich bei Thieren mit grosser tiefer Zerstörung des Vorderhirns merkwürdige Charakterveränderung. Dass dies nicht auf blosser Hyperästhesie beruht, geht daraus hervor, dass sie selbst auf entfernt stehende Thiere zustürzen und diese beissen. Ferner laufen sie aufgeregt und unruhig im Zimmer umher.

Die Thiere hingegen, bei denen auf beiden Seiten Hinterhauptslappen exstirpirt sind, werden, selbst wenn sie vorher ungemein bösartig waren, harmlos und gutmüthig und selbst bei Angriffen nicht leidenschaftlich. Sie zeigen ausserdem eine gewisse Sinnenstumpfheit, d. h. sie werden nicht taub, blind, verlieren nicht ganz Geruch und Geschmack, sondern zeigen eine allgemeine Wahrnehmungsschwäche.

In diesen Thatsachen glaubt G. die ersten Grundlagen zu einer Localisation der Functionen der Hirnlappen zu sehen. Vorn exstirpirt zeigen die Thiere Aufgeregtheit, Ueberempfindlichkeit, Handlungsunfähigkeit, gesteigerte Reflexerregbarkeit, nirgends sind sie gelähmt, nirgends empfindungslos, hinten exstirpirt sind sie nicht aufgeregt, sondern gutmüthig, bedächtig, ausserdem aber wahrnehmungsschwach.

G. verwahrt sich davor, dass er damit eine Fortführung der Gall'schen Theorie beabsichtige. Auch warnt er vor einer voreiligen Beziehung dieser experimentellen

Befunde auf die menschliche Pathologie, wenn auch die Literatur (Ferrier, Nothnagel) einzelne seinen Beobachtungen analoge Fälle aufweise.

An dem demonstrirten Hunde ist der Gyrus sigmoideus bis auf das Niveau des Corpus callosum auf der einen Seite am 10. Oct. 1883, auf der anderen am 28. Nov. 1883 exstirpirt worden. Der Hund, dessen genaue Beobachtung in der zahlreichen Versammlung natürlich unmöglich war, zeigte auffällige Ataxie, keine volle Lähmung der Extremitäten.

Im Anschluss hieran bringt Günther, Berlin, klinische Beiträge zur Localisation der Functionen des Grosshirns, gestützt auf 35 Fälle von Gehirnläsion, in denen ausser dem klinischen Verlauf auch der Sectionsbefund zu verwerthen war. Von den 39 Fällen, die die motorische Region betrafen, gingen 25 ohne Lähmung, 14 mit Lähmung einher, 14 trafen die nicht motorische Region. Durch genaue Localisation sucht G. festzustellen, ob es sich bei den begleitenden Erscheinungen um Folgen der Herderkrankungen handelte, oder um Fernwirkungen.

Rosenthal, Erlangen: Was die Pathologie schon lange gefunden, das bemühe sich in diesem Falle die Physiologie experimentell festzustellen. Allein ebenso wie dort sei es auch in dem Experiment schwer, festzustellen, was Primär-, was Secundärwirkung wäre und das wäre eine der Schwierigkeiten, die zu so mannigfachen Differenzen zwischen den einzelnen Forschern führten. Auch in dem demonstrirten Hund könne es eine Sensibilitätsstörung sein, die dessen atactische Erscheinungen bewirke. Ferner kämen bei diesen Experimenten sensorielle und psychische Störungen in Betracht und endlich müsse man annehmen, dass die Zellen der einzelnen Rindenfelder nicht in einem circumscripten Bezirk sich finden, sondern vielfach in einander greifen.

Nothnagel, Wien, sieht die Ursache der Differenzen zwischen klinischer Beobachtung und Experiment in der abweichenden Organisation der Hirnrinde des Menschen und des Thieres, während hier grosse Eingriffe keine Effecte hervorrufe, ist beim Menschen eine geringe Hämorrhagie im Stande, vollkommene Lähmung hervorzurufen. Die Innervationsverhältnisse des Thieres scheinen eher mit denen der unteren Extremitäten des Menschen Aehnlichkeit zu haben; denn während die Arme häufig noch lange Zeit gebrauchsunfähig bleiben, sind die Beine bei leichteren Paraplegien entweder ganz verschont oder doch nur für kürzere Zeit und in geringerem Maasse gelähmt.

Goltz, Strassburg, bemerkt auf eine Anfrage, dass der auf einer Seite operirte Hund die vorher besessene Fähigkeit, die Pfote zu geben, wiedererlange, nicht aber, wenn die symmetrische Seite exstirpirt sei.

Am folgenden Tage wird das Gehirn des Hundes demonstrirt; Goltz bemerkt, dass der Sulcus cruciatus und dessen unmittelbare Umgebung vollständig entfernt wurde. Würde auch in diesem Falle eingewendet, dass hier Reste stehen geblieben wären, so sei dieser Einwand nichtig, da der grösste Theil auf beiden Seiten zerstört sei; im Sinne der Localisationstheorie musste aus dieser Verletzung eine totale Lähmung einzelner Muskeln, nicht eine allgemeine Unbeholfenheit sämmtlicher Muskeln resultiren.[1]

Ueber das Kniephänomen.

Schreiber, Königsberg: Während Erb das Kniephänomen als Reflexphänomen betrachtet, sieht Westphal dasselbe als directes Muskelphänomen an. Durch ver-

[1] Ueber das betreffende Hundegehirn hat nachträglich eine Polemik zwischen Fritsch und Goltz (cf. Klin. Woch. 1884. 19 u. 20) und eine Discussion in dem Verein für innere Medicin (cf. D. med. Woch. 1884. 5. Juni) stattgefunden. Als Gesammtergebniss beider ist zu constatiren, dass in dem Gehirn nicht, wie Goltz behauptet, der Sulcus cruciatus und dessen unmittelbare Umgebung vollständig oder auch nur nahezu vollständig entfernt seien. Mit dieser Thatsache fallen alle Schlussfolgerungen Goltz's gegen die Begründung der Localisationstheorien.

schieden angeordnete Versuche am Thier (Ersatz der Patella durch eine Gummimembran, Percussion eines die Sehne vertretenden Fadens etc.) und an Tabikern (graphische Aufzeichnung der Percussionscurven) ist S. zu der Ueberzeugung gekommen, dass das Kniephänomen an die Existenz der Sehne geknüpft sei, dass zwar eine physikalisch Erschütterungswelle Westphal's vorhanden, das Kniephänomen aber als ein Reflexphänomen, nicht als directes Muskelphänomen anzusprechen sei.

Sandmann.

Société médic. des hôpitaux de Paris. Sitzung vom 11. April 1884.

Debove stellt als Beispiel der **Hysterie beim Manne** einen Kranken vor, der, früher immer gesund, im Jahre 1881 nach vorangegangenem Kopfschmerz plötzlich unter Bewusstseinsverlust eine linksseitige Hemiplegie bekam, ohne Anästhesie. Antisyphilitische Behandlung. Nach 6 Monaten vollständige Heilung. — Später ein zweiter Anfall mit Hemianästhesie und Contractur derselben Seite. Jetzt ist die Hemiplegie verschwunden, die Hemianästhesie persistirt und mit ihr der Verlust der Corneal-, Nasal-, Palpebral-Reflexe etc. Ausserdem besteht sog. Ovarialschmerz, den D. vorschlägt, lieber Iliacalschmerz zu nennen. — Die vollständige Heilung nach dem ersten Anfall und das plötzliche Auftreten und Wiederverschwinden (nach 6 Wochen) einer Contractur bestimmen D. zur Annahme der Hysterie.

Joffroy hat auch einen Hystericus mit Ovarie beobachtet. J. hält doch das Ovarium für betheiligt bei dem sog. Ovarialschmerz, weil dieser bei Schwangerschaft mit dem Ovarium seinen Ort verändert. Doch können es mehr die betreffenden Nervenplexus sein, die sich mutatis mutandis ja auch beim Manne finden.

Den Einwand der Simulation, den Lacombe macht, weist D. zurück, gestützt auf das Fehlen der Reflexe.

Du Castel erwähnt, dass kürzlich in Berlin mehrere Fälle von Hysterie beim Manne mit Ovarial- resp. Iliacalschmerz veröffentlicht seien (vom Herausgeber dieser Zeitschrift).

Sitzung vom 25. April 1884.

Du Castel berichtet über einen Fall von **Simulation erhöhter Temperatur seitens Hysterischer.** Ein wegen Angina in's Hospital aufgenommenes junges Mädchen bekam, nachdem die Angina beseitigt, allerlei hysterische Symptome, intermittirende Anfälle von Delirium, Coma, Paraplegie, Aphasie, vollständige Stumpfheit etc. Als sie dabei eines Tages 39° und 39,5° Temperatur zeigte, glaubte man ein Localleiden übersehen zu haben. Als aber an den nächsten Tagen die Temperatur auf 43° und selbst 48° stieg, war der Betrug offenbar und es gelang endlich, nachzuweisen, dass die Pat. durch fortgesetztes Klopfen auf das freie Ende des Thermometers das obere Stückchen der Quecksilbersäule in die Höhe trieb.

Hadlich.

Manchester medical society. Sitzung vom 16. April 1884. (Brit. med. Journ. 1884. Mai 10. p. 906.)

Dr. Ross besprach u. A. die Krankengeschichte eines 15jähr. Knaben, der neben einer beiderseitigen Neuritis optica hauptsächlich eine Neigung nach links überzufallen, Taubheit auf dem linken Ohr, theilweise Anästhesie der linken Gesichtshälfte und Lähmung des linken Abducens und Facialis aufgewiesen hatte. Die Section ergab die Richtigkeit der im Leben gestellten Diagnose auf einen Tumor in der linken Ponshälfte und im linken Crus cerebelli ad pontem; nur zeigte sich statt des erwarteten Tuberkelherdes ein Gliom an der betreffenden Stelle.

Sehr schwierig war die Diagnose in einem ebenfalls von Ross besprochenen Falle bei einer 25jähr. Frau. Es bestand Paralyse der linken Hand und des linken

Oculomotorius, anscheinend also eine nicht gekreuzte Lähmung in Folge einer Herderkrankung in der linken Hirnhälfte; ausserdem war aber der linke Unterschenkel unmittelbar unter dem Knie amputirt und rechts waren Ellbogen- und Kniegelenk seit Jahren ankylotisch, sodass die Untersuchung über die Functionsfähigkeit der einzelnen Extremitäten sehr difficil war. Da sich indess bei genauerer Beobachtung ergab, dass neben der Lähmung der Hand und Fingermusculatur, besonders auf der Beugeseite, noch eine Atrophie mit Entartungsreaction, und Anästhesie der entsprechenden Hautpartien bestand, wurde eine Neubildung diagnosticirt, durch welche die vorderen und hinteren Wurzeln des linken Cervicalnerven VII und VIII, sowie des Dorsalis I, hindurch gingen, und ausserdem noch ein Tumor an der Austrittsstelle des l. Oculomotorius, um die Augenmuskellähmung zu erklären. Wie die Section ergab, waren diese Annahmen richtig. Sommer.

IV. Bibliographie.

Lehrbuch der Gewebelehre mit vorzugsweiser Berücksichtigung des menschlichen Körpers bearbeitet von Prof. Dr. C. Toldt. 1884. 2. Aufl.

Die nachfolgenden Zeilen bezwecken nicht eine Anzeige des ganzen in der Aufschrift genannten Buches, dessen Inhalt ja zum grossen Theile den speciellen Interessenten dieses Blattes etwas ferner liegt, sondern sind vielmehr bestimmt, die Aufmerksamkeit der Fachkreise auf den sie speciell interessirenden Abschnitt, vom Gehirn und Rückenmark, zu lenken, der, weil nur im Texte als selbstständige Bearbeitung kenntlich gemacht, Manchem entgehen könnte.

Derselbe ist in der vor Kurzem erschienenen Neuauflage von Kahler vollständig neu bearbeitet und umfasst jetzt 133 Seiten des ganzen Buches. Aus naheliegenden Gründen muss es sich der Ref. versagen, der Arbeit Kahler's eine ihrem vollen Werthe gerecht werdende Würdigung zu Theil werden zu lassen; die Thatsache, dass sich in der Arbeit, was bisher in dieser Vollständigkeit besonders für das Gehirn noch nicht geschehen, das Gesammtresultat aller auf die Anatomie des Centralnervensystems angewandten Methoden zu einem Ganzen verarbeitet findet, die Form der Darstellung lassen den Ref. nicht zweifeln, dass die Arbeit bald den ihr gebührenden Platz in der Werthschätzung der Fachkreise finden wird.

Am Schlusse seiner kurzen „Nachricht", der noch angefügt sei, dass der Arbeit zahlreiche, zum grössten Theile nach eigenen Präparaten angefertigte Zeichnungen beigegeben sind, möchte Ref. dem Verleger, mit Rücksicht auf den Umstand, dass die Grösse der Interessenten an dem ganzen Buche und an dem von Kahler bearbeiteten Abschnitte durchaus nicht identisch sind, den Wunsch aussprechen, einen Separat-Abdruck des genannten Abschnittes veranstaltet zu sehen, der auch vom rein geschäftlichen Standpunkte aus sich als vollauf gerechtfertigt erweisen dürfte.

A. Pick.

V. Personalien.

Dr. Grashey, Director der niederbayrischen Kreisirrenanstalt, wurde zum ordentlichen Professor der Psychiatrie und Director der psychiatrischen Klinik zu Würzburg ernannt.

Unser Mitarbeiter, der ausserordentliche Professor und Director der psychiatrischen Klinik in Leipzig, Paul Flechsig, wurde zum ordentlichen Professor ernannt.

Zum Director der Irrenanstalt Leubus i. Schl. wurde Dr. Alter, Brieg, gewählt.

Am 26. Juni d. J. starb im Alter von 81 Jahren ein hervorragender Psychiater Frankreichs: Moreau de Tours. Ausser einer grossen Reihe psychiatrischer Arbeiten, die sich meist in den Annal. méd.-psychol. finden, ist besonders seine Psychologie pathologique bekannt. Moreau war Arzt an der Salpêtrière.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 1. August. No. 15.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** 1. Ueber die gelegentliche Betheiligung der Gesichtsmusculatur bei der juvenilen Form der progressiven Muskelatrophie von **E. Remak.** 2. Zur Kenntniss des Faserverlaufs im Corpus striatum von **Ludwig Edinger.**

II. Referate. Experimentelle Physiologie. 1. Zur Kenntniss der Functionen des Grosshirns beim Kaninchen von **Christiani** und **Munk.** 2. Wärmeregulation in der Narcose und im Schlaf von **Rumpf.** 3. Verlangsamung der Leitung von Schmerzempfindung bei Anwendung von thermischen Reizen von **O. Rosenbach.** 4. Die Entstehung unserer Raumvorstellungen von **Bechterew.** — Pathologische Anatomie. 5. Veränderungen in den nervösen Apparaten der Darmwand bei perniciöser Anämie und bei allgemeiner Atrophie von **Sasaki.** 6. Zur histologischen Pathologie der Dementia paralytica von **Binswanger.** — Pathologie des Nervensystems. 7. Contribution à l'étude des localisations cérébrales par **Raymond** et **Artaud.** 8. Zur Localisation der Hemichorea von **Greiff.** 9. Chorea posthemiplegia af **v. Kaurin.** 10. Hémichorée sans hémianèsthésie etc. par **Morin.** 11. Sclérose en plaque et **Maladies** infectieuses par **Marie.** 12. Zur Symptomatologie der Tabes dorsalis von **Berger.** 13. Die epileptogene Zone beim Menschen von **v. Landesen.** — Psychiatrie. 14. Visceral and other syphilitic lesions in insane persons without cerebral syphilitic lesions by **Mickle.** 15. Perte de la vision mentale dans la mélancholie anxieuse par **Cotard.** 16. Ueber eigenthümliche Anfälle perverser Sexualerregung von **Anjel.** 17. Histoire du mérycisme par **Bourneville et Séglas.** — Therapie. 18. Grossesse et épilepsie par **Bérand.** 19. Massenunterricht stammelnder und stotternder armer Schulkinder behufs Beseitigung ihres Uebels von **Berkhan.** 20. Traitement de la migraine ophthalmique par **Féré.** 21. De behandelingsmethode van Rumpf door **Niermeijer.** — Forensische Psychiatrie. 22. Melancholia sine delirio von **Krafft-Ebing.**

III. Aus den Gesellschaften. — **IV. Bibliographie.** — **V. Vermischtes.**

I. Originalmittheilungen.

1. Ueber die gelegentliche Betheiligung der Gesichtsmusculatur bei der juvenilen Form der progressiven Muskelatrophie.

Von Dr. **Ernst Remak,** Privatdocent in Berlin.

Nachdem neuerdings ERB[1] von der gewöhnlichen ARAN-DUCHENNE'schen oft mit amyotrophischer Bulbärparalyse einhergehenden progressiven

[1] ERB, Ueber die „juvenile Form" der progressiven Muskelatrophie und die Beziehungen zur Pseudohypertrophie der Muskeln. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1884. Bd. 39. S. 467 ff.

Muskelatrophie spinaler Pathogenese auf Grund bestimmter klinischer Charaktere (eigenthümliche Localisation in den Muskeln des Schultergürtels und der Oberarme, an den Vorderarmen nur im Supinator longus, Fehlen von fibrillären Zuckungen und Entartungsreaction, frühzeitige Entwickelung zuweilen in familiären Gruppen, Combination mit Pseudohypertrophie) die „juvenile" Form abgegrenzt hat, deren myopathische oder neuropathische Genese er offen lässt, glaube ich trotz ihrer Lückenhaftigkeit — ich habe den Patienten nur einmal untersuchen können — folgende einschlägige, vor längerer Zeit gemachte Beobachtung nicht zurückhalten zu sollen.

Kaufmann B.....l aus Hammerstein, 32 Jahre alt, consultirte mich am 4. Juli 1881 auf den Rath des Collegen Baumeister, dessen Hülfe er wegen einer durch seine Krankheit veranlassten irritativen Conjunctivitis gesucht hatte. Seine Grosseltern und sein Vater hatten keine Muskelabmagerung, dagegen litten seine, 64 Jahre alt, verstorbene Mutter, eine einer Brustkrankheit erlegene Schwester, sowie ein 34jähriger noch lebender Bruder seit ihrer Jugend an derselben fortschreitenden Affection, während ein anderer Bruder gesund sein soll. Sein Leiden hat sich seit seiner Kindheit ganz schleichend und stets schmerzlos entwickelt, ohne dass er genaue Angaben über die Reihenfolge der erkrankten Muskeln machen kann, in welcher immer Abmagerung und Schwäche gleichzeitig aufgetreten sein sollen. In den Schulter- und Armmuskeln soll die Krankheit begonnen haben, dann allmählich das Antlitz betheiligt sein, so dass er seit 3 Jahren die Augen nicht mehr schliessen kann, während die Abmagerung im linken Oberschenkel erst kürzere Zeit bestehen soll. Er ist von der Unheilbarkeit seines Leidens überzeugt und fürchtet nur, dass sein Kind demselben ebenfalls anheimfalle.

Patient war kleiner Statur, recht leidendem Aussehen, gutem Allgemeinbefinden, fällt sofort durch den Mangel des Lidschlages bei Lagophthalmos duplex mit leichtem paralytischen Ectropium und einem maskenartigen Gesichtsausdruck bei übrigens intacter Sprache auf. Es besteht in der That eine nahezu absolute doppelseitige Facialislähmung. Die auffallend glatte Stirn kann weder quer noch längs gerunzelt werden. Beim Versuch, die Augen zu schliessen, werden die Bulbi nach innen und oben gerollt, und blieben die Sclerae in der Breite von ca. 1 cm von den Lidern unbedeckt. Die Nase kann nicht gerümpft werden, während beim Schnüffeln die Nasenlöcher sich erweitern (Mm. dilatatores alae narium). Die Nasolabialfalten fehlen; die Schlaffheit der unteren Gesichtshälfte wird durch reichlichen Bartwuchs etwas verdeckt. Der Mund kann nicht gespitzt werden. Dabei ist das Gesicht nur glatt, nirgends eingefallen; die Gesichtsknochen und der Unterkiefer haben ihr normales Volumen. Es bestehen keine Augenmuskellähmungen. Dr. Baumester hatte leichte Accommodationsschwäche, sonst normalen ophthalmoskopischen und functionellen Befund constatirt. Patient hört gut und hat niemals Ausfluss aus den Ohren gehabt. Die Zunge ist nicht atrophisch, wird normal hervorgestreckt und nach allen Seiten bewegt. Ebenso sind Stellung und Beweglichkeit des Gaumensegels normal. Keine Geschmacksstörung. Die Sprache ist, wie bereits erwähnt, nicht beeinträchtigt, selbst nicht einmal auffallend für die Lippenbuchstaben. Niemals haben Störungen der Mastication und Deglutition bestanden.

Die nur oberflächliche Untersuchung des entkleideten Körpers ergiebt hochgradige Atrophie der Schulter- und Oberarmmuskeln. Die Scapulae stehen flügelförmig vom Thorax ab, und vermehrt sich diese Deformität bei Versuchen, die Arme zu erheben (Atrophie des Serratus und unteren Cucullaris-Abschnittes). Die Deltoidei sind abgeflacht, die Oberarmmuskeln, und zwar ebensowohl der Triceps als der Biceps und Brachialis internus sehr geschwunden und fühlen

sich, soweit sie vorhanden, wie Fettgewebe an. An den Vorderarmen fehlt der Supinator longus. Ausserdem besteht hier Abmagerung der Streckmuskeln bei guter Ernährung der Beuger und der Hände. Der linke Oberschenkel ist stark atrophisch. Die Unterschenkel wurden nicht untersucht. Nirgends sind fibrilläre Zuckungen sichtbar.

Die Function der Oberextremitäten ist sehr beeinträchtigt. Pat. kann die Ellenbogen nur nach passiver Beugung mittelst starken Schleuderns der Arme durch Auflegen der Vorderarme gebeugt erhalten und in dieser Weise noch allein essen.

Der Händedruck ist äusserst kräftig, die Fingerbewegungen ungestört. Die Bauchpresse ist leidlich kräftig. Aus der Rückenlage kann er sich nicht ohne Hülfe der Arme aufrichten, sondern muss die Ellenbogen aufstützen und hülft sich dann mit den Händen in sich selbst in die Höhe.

Die nur unvollständige elektrische Untersuchung ergiebt, dass der Nerv. facialis beiderseits nur in den Aesten für die Mm. retrahens und attolens auriculae, sowie der M. buccinatorius (Dilatatores alae narium nicht geprüft) für beide Stromesarten erregbar ist, während in allen übrigen von ihm versorgten Muskeln die directe und indirecte Erregbarkeit völlig erloschen ist. Auch mit den stärksten erträglichen galvanischen Strömen ist in den gelähmten Gesichtsmuskeln keine Spur von irgend welcher, also auch keine Entartungsreaction zu erzielen.

Am Halse sind der Sternocleidomastoideus und Levator scapulae leidlich, der Cucullarisast des Accessorius sehr wenig erregbar, die Reaction der Deltoidei für beide Stromesarten sehr herabgesetzt, fehlt am Triceps, Biceps, Brachialis internus, Supinator longus völlig. Die Reaction des rechten Cruralis ist ziemlich gut, die des linken Cruralisgebietes entsprechend der Atrophie herabgesetzt, relativ gut erhalten im Sartorius.

Ueberall besteht vollständiger Parallelismus der faradischen und galvanischen Erregbarkeit, nirgends Entartungsreaction.

Auch exactere Untersuchungsbefunde und Aufzeichnungen würden kaum über die unverkennbaren diagnostischen Schwierigkeiten hinweggeholfen haben, welche in diesem entschieden hereditären Falle von progressiver Muskelatrophie die Complication mit einer fast absoluten Diplegia facialis bietet. Nach der eingehenden Würdigung, welche ich[1] zuerst der soeben beschriebenen, von mir als „Oberarmtypus" der atrophischen Lähmung resp. Muskelatrophie bezeichneten eigenthümlichen Localisation der Atrophie an den Oberarmen und im Supinator longus nicht blos für die atrophischen Spinallähmungen, sondern auch ausführlich für die progressiwe Muskelatrophie[2] habe zu Theil werden lassen, spricht dieselbe ihrerseits bei einer Abwägung aller in Betracht kommenden Momente eher für eine spinale Basis. Mit dieser Localisation der Muskelatrophie ist nun aber nicht der gewöhnliche Symptomencomplex der amyotrophischen Bulbärparalyse verbunden, sondern bei völliger Integrität der Zungen- und Gaumenmusculatur und dem entsprechend ungestörter Deglutition und Articulation eine von allen Cerebralnerven allein die Gebiete beider Nn. faciales und zwar ebenso sehr in den oberen Aesten betheiligende, nach der Versicherung des Patienten schleichend entstandene, wahrscheinlich fettige Gesichtsmuskel-

[1] E. Remak, Ueber die Localisation atrophischer Spinallähmungen und spinaler Muskelatrophien. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. XIV. S. 510 ff. und Berlin Hirschwald 1879. 126 Seiten.

[2] a. a. O. S. 595—602 oder S. 86—93 des Sep.-Abdr.

atrophie, als deren functioneller Endaffect die nahezu totale Diplegia facialis aufzufassen ist. Dabei ist die zum Theil durch die functionelle, zum Theil durch die elektrische Exploration nachgewiesene Immunität einzelner dem Willen und der Mimik weniger unterworfener Muskeln, der Mm. attollens und retrahens auriculae, dilatatores alae narium, buccinatorius auffällig. Es versteht sich von selbst, dass diese totale doppelseitige Gesichtsmuskelatrophie auf eine Bulbär-Kernerkrankung nicht zurückgeführt werden kann und in jedem Falle für eine periphere Basis ebenso in's Gewicht fällt, wie in einem von Pierson[1] beschriebenen Falle von generalisirter acuter atrophischer Lähmung der Diplegia facialis die anatomische Diagnose der multiplen Neuritis erhärtete.

Beiläufig sei bemerkt, dass in dem vorliegenden Falle bei dem Fehlen aller Sensibilitätsstörungen, bei dem Mangel aller elektrischen Degenerationszeichen, wohl auch bei der unzweifelhaft hereditären hierfür unbekannten Aetiologie ebenso wenig etwa an eine multiple chronische Neuritis, wie bei der Nichtbetheiligung der Gesichtsknochen und der Haut, bei der gleichmässigen glatten Atrophie und meist inselförmigem Defect der Gesichtsmuskeln an eine von Virchow[2] sogenannte neurotische Atrophie gedacht werden kann. Vielmehr ist als einzig statthaft die allerdings zunächst nur symptomatische Diagnose auf progressive Muskelatrophie festzuhalten, und die speciellere Classification unter die Erb'sche juvenile Form (Dystrophia muscularis progressiva), abgesehen von der allerdings fehlenden (vielleicht schon abgelaufenen?) Combination mit Pseudohypertrophie vollständig durch die frühzeitige progressive Erkrankung in familiären Gruppen, die eigenthümliche Muskellocalisation, das Fehlen der Entartungsreaction und der fibrillären Zuckungen berechtigt.

Wenn nun Erb ausdrücklich bemerkt, dass bei der juvenilen Form der progressiven Muskelatrophie progressive Bulbärparalyse noch niemals beobachtet worden ist, und er selbst in den Gesichts- und Kaumuskeln bisher überhaupt noch keine Veränderung wahrgenommen habe, so ist es vielleicht am Platze, an die von Duchenne[3] aufgestellte infantile Form der progressiven Muskelatrophie zu erinnern. Diesen meist hereditären Fällen vindicirt Duchenne auf Grund von etwa 15 eigenen Beobachtungen die Eigenthümlichkeit, mehrere Jahre vor der Erkrankung der oberen Extremitäten und des Rumpfes mit einer Atrophie des Orbicularis oris einzusetzen, wodurch eine charakteristische Dicke der Lippen und durch das dann allein vom Buccinatorius abhängige Lachen ein Risus sardonicus veranlasst würde. Allerdings ist, wie schon Seeligmüller[4] bemerkt, seitdem nichts Aehnliches wieder beschrieben worden und ist diese Angabe auch nicht einmal in die Handbücher übergegangen. Auch scheint

---

[1] Pierson, Ueber Polyneuritis acuta (multiple Neuritis). Volkmann'sche Sammlung. 1882. Nr. 229.

[2] R. Virchow, Ueber neurotische Atrophie. Berl. klin. Wochenschr. 1880. Nr. 29.

[3] Duchenne, De l'Électrisation localisée. Troisième édition. 1872. p. 518—520.

[4] Seeligmüller, Ueber initiale Localisation der progressiven Muskelatrophie. Deutsche med. Wochenschr. 1881. Nr. 48.

Duchenne selbst eine so hochgradige Betheiligung der Gesichtsmuskeln, wie im vorliegenden Falle, bei dem weiteren Fortschreiten der Krankheit nicht beobachtet zu haben.

Wenn somit der mitgetheilte Fall von juveniler Muskelatrophie mit hochgradiger Betheiligung der Gesichtsmusculatur immerhin vereinzelt dasteht, so dürfte derselbe nichtsdestoweniger günstig für den neuerdings von Erb, übrigens schon beiläufig von mir[1] ohne speciellere Classification ventilirte Ansicht sprechen, dass das Vorkommen einer rein myopathischen Form der progressiven Muskelatrophie unabweisbar ist.

---

2. Zur Kenntniss des Faserverlaufes im Corpus striatum.

Von Dr. **Ludwig Edinger** in Frankfurt a. M.

Seit längerer Zeit mit Untersuchungen über die Faserung im Grosshirn beschäftigt, bin ich bezüglich der im Titel genannten Faserverhältnisse zu folgenden Resultaten gekommen.

Die Züge, welche an der Basis und Spitze des Linsenkerns austreten, gehören mindestens zwei verschiedenen Systemen an. Diese sind:

1) System der Haubenstrahlung (Flechsig).
2) System des Nucleus caudatus und des Putamen.

Das System der Haubenstrahlung wird zuerst markhaltig; viel später (nach der Geburt?) das des Nucleus caudatus und des Putamen.

In der Capsula interna erhalten zuerst Markweiss die im letzten Drittel des hinteren Schenkels liegenden Fasern. Diese treten, wie Flechsig schon zeigte, zum Theil in den rothen Kern und in den Luys'schen Körper. Zum Theil aber gehen sie direct aus der inneren Kapsel am oberen und inneren Rand des Linsenkerns in dessen graue Masse hinein. Diese in den Linsenkern tretenden Fasern nehmen nun eine zweifache Verlaufsrichtung. Ein Theil biegt nach innen um und gelangt an der innern Linsenkernkante, die innere Kapsel in zahlreichen Bündeln durchflechtend, zu den Ganglien der Regio subthalamica, ein zweiter Theil zieht, ohne in Beziehung zum Linsenkern zu treten, zwischen dessen Gliedern direct zur Hirnbasis, wo er nach innen umbiegend die Linsenkernschlinge constituirt. Die Linsenkernschlinge tritt dann fast ganz über dem Hirnschenkelfuss in der Haube nach abwärts; ein Theil von ihr scheint jedoch nach innen oben zum rothen Kern zu gelangen.

Diese Verhältnisse lassen sich an Früchten des letzten Schwangerschaftsmonates leicht nachweisen, weil da das zweite obengenannte System und die

[1] a. a. O. S. 601: „Da aber auch sowohl in mit Pseudohypertrophie der Muskeln complicirten Fällen, wo spinale Befunde unwahrscheinlich sind, als in dem Lichtheim'schen Falle mit negativem Befunde des Rückenmarks entsprechende typische Localisationen der progressiven Muskelatrophie beobachtet werden, so entzieht sich für den dem augenblicklichen Stande der anatomischen Erkenntniss entsprechende Fall, dass die progressive Muskelatrophie in der That eine ganz örtliche primäre Myositis sein kann, die relative Gesetzmässigkeit ihrer Localisation zunächst jeder plausiblen Erklärung."

ganze Faserung der Kapsel, welche in den Fuss gelangt, noch marklos ist. (Im Fuss enthält zu dieser Zeit nur die Opticuswurzel markhaltige Fasern.)

Schwieriger sind die Verhältnisse der Fasern aus dem Putamen und aus dem Nucleus caudatus zu erforschen, weil zu der Zeit, wo sie ihr Markweiss bekommen, in der Regio subthalamica schon zahlreiche andere Züge markhaltig sind.

Das Folgende konnte ich mit einiger Sicherheit ermitteln. Die betreffenden Fasern aus dem Putamen treten erstens durch die beiden Innenglieder zur inneren Linsenkernkante und von da mit der oben geschilderten Fasern zu den Ganglien der Regio subthalamica, zweitens biegen sie zwischen dem ersten und zweiten Gliede des Linsenkerns abwärts zur Schlinge. Die Faserung aus dem Schwanzkern scheint sich, aber hier fehlen mir ganz unzweideutige Befunde, ebenso zu verhalten.

Die Ansicht von Henle, Wernicke, Flechsig u. A., dass Putamen und Schwanzkern der Rinde analoge Gebilde seien, eigene Fasern aussenden, könnte ich somit bestätigen. Ebenso die von diesen Autoren z. Th. geäusserte Ansicht, dass für diese Fasern die Innenglieder des Linsenkerns Durchgangspunkte (Schaltstellen?) bilden. Diese Glieder stehen aber auch, wie ich nachweisen kann, zu Fasern der inneren Kapsel im Verhältniss von Durchgangsstationen.

Somit treten, wie Meynert immer behauptete, in der That Fasern aus der Rinde in das Corpus striatum. Sie sind aber nicht, wie er annimmt, Stabkranzfasern zum Nucleus caudatus und Corpus striatum, sondern stehen nur mit den Innengliedern des Linsenkerns in Zusammenhang. Ich habe unter zahlreichen Präparaten vom menschlichen Gehirn nicht eines gefunden, welches den Zusammenhang von Stabkranzfasern mit diesen Ganglien im Sinne von Meynert zeigt.

In einer später erscheinenden grösseren Arbeit werde ich diese Angaben durch Abbildungen von Präparaten belegen.

II. Referate.

Experimentelle Physiologie.

1) **Zur Kenntniss der Functionen des Grosshirns beim Kaninchen** von Prof. Christiani.

Zur Kenntniss der Functionen des Grosshirns beim Kaninchen von Hermann Munk.

(Sitzungsberichte der Kgl. Pr. Akademie der Wissenschaften vom 29. Mai und 19. Juni 1884 und Verhandlungen der physiologischen Gesellschaft in Berlin vom 20. Juni und 4. Juli 1884.)

Bekanntlich hatte Christiani in einer 1881 an die Akademie der Wissenschaften eingereichten vorläufigen Mittheilung auf Grund von Versuchen an Kaninchen die Existenz eines am Boden des 9. Ventrikels gelegenen willkürlichen In- und Exspirationscentrums und eines Coordinationscentrums erweisen zu können geglaubt.

In dieser nämlichen Mittheilung (Abschnitt II) theilte auch Christiani seine Beobachtungen über das Verhalten des Grosshirns beraubter Kaninchen mit, dahingehend, dass solche grosshirnlose Thiere sich fast in Nichts von normalen Thieren unterschieden, sogleich nach der Operation spontane Bewegungen machen, laufen, springen etc. und Hindernissen aus dem Wege gingen.

Wie ersichtlich, widersprachen diese letzteren Beobachtungen den bisher festgestellten Thatsachen und ganz besonders der durch H. Munk mit Sicherheit nachgewiesenen und jetzt wohl von fast allen exacten Forschern bestätigten Erblindung der Säugethiere und Vögel nach Entfernung des Grosshirns. H. Munk fühlte sich deshalb genöthigt, obwohl nicht recht einzusehen war, dass das Kaninchen ein anderes Verhalten nach Exstirpation seines Grosshirns zeigen sollte, als Hund und Affe, das Verhalten des Grosshirns beraubter Kaninchen zu prüfen und die Resultate dieser Versuche (vgl. das Referat in diesem Blatte S. 272 dieses Jahrg.) waren 1) dass in den reinen, gut gelungenen Versuchen 3 Stadien (Erschöpfungs-, Ruhe- und Laufstadium) zu beobachten sind, 2) dass die Bewegungen grosshirnloser Kaninchen keine spontan willkürlichen, sondern in der ersten Zeit nach der Operation reflectorische, und später in Folge des Weitergreifens der Entzündung und in Folge von Blutungen Zwangsbewegungen sind und 3) dass die grosshirnlosen Kaninchen in die ihnen entgegengestellten Hindernisse hineinlaufen und demnach blind sind.

Stimmen demnach schon die Beobachtungen von Munk mit denen Christiani's nicht überein, da Christiani ein Erschöpfungsstadium an seinen Thieren niemals beobachten konnte, so erbringen die Munk'schen Untersuchungen ausserdem eine directe Widerlegung der von Christiani publicirten Thatsachen.

In einer kurzen Erwiderung in den Verhandlungen der Akademie, die thatsächlich Neues nicht enthält, führt Christiani an, dass er an einem anderen Orte eine Widerlegung der von Munk angeführten Beobachtungen erbringen würde. Christiani gab nun in der vorletzten Sitzung der physiologischen Gesellschaft eine weitere Detaillirung seiner vorläufigen Mittheilung, entwickelte hierbei gewisse Theorien, wie man sich das Grosshirn des Kaninchens als einen Innervationsspeicher denken könne und berührte nebenbei auch die Munk'schen Beobachtungen, um sich schliesslich unter Aufrechterhaltung aller mitgetheilten Thatsachen als Gegner der Localisationslehre, welche für ihn nur eine Hypothese sei, zu bekennen.

H. Munk setzte deshalb in der letzten Sitzung sein Operationsverfahren genauer auseinander und verglich es mit dem Christiani's. Als Bedingungen einer richtigen Versuchsanordnung stellte Munk folgende Punkte hin: 1) muss die Schädelhöhle nach Entfernung des Grosshirns frei von Blut sein, 2) müssen die benachbarten Gehirnpartien unverletzt sein. Würde so operirt, dass diese Bedingungen erfüllt sind, so lassen sich in allen Fällen die von Munk beschriebenen 3 Stadien am Versuchsthiere beobachten und das sind die wirklich gelungenen Versuche. In den schlechten und misslungenen Versuchen, zu denen diejenigen Christiani's seiner Ansicht nach gehören, laufen die Thiere sogleich nach der Operation, hier fehlt das Erschöpfungsstadium. Während die Thiere bei den gut gelungenen Versuchen bis 50 Stunden leben, gehen die andern meist schnell innerhalb 12 Stunden zu Grunde und die Obduction ergiebt eine Blutansammlung unter dem Thalamus, welche nach Munk in allen Fällen die Ursache des Misslingens der Versuche sei. Auf diese Weise erklärte Munk die Differenz der Beobachtungen mit Bezug auf das Erschöpfungsstadium. Im Uebrigen sind die Bewegungen des grosshirnlosen Kaninchens keine spontanen, auch kann es nicht sehen, sondern ist und bleibt blind.

In der darauf folgenden Discussion erklärte Christiani, trotz der Munk'schen Auseinandersetzungen seinen Standpunkt nicht verlassen zu können. B.

---

2) Untersuchungen über die Wärmeregulation in der Narcose und im Schlaf von Th. Rumpf. (Pflüger's Archiv. Bd. XXXIII. S. 538.)

Die ausführliche Arbeit bringt zunächst die Mittheilung, dass die Temperaturherabsetzung unter der Einwirkung der Narcotica bei entsprechender Versuchsanordnung eine wesentlich intensivere ist, als es nach den seitherigen Versuchen schien. Es gelang R. an Meerschweinchen, deren feines Regulationsvermögen gegenüber Schwankungen der Umgebungstemperatur bekannt ist, in der Narcose von Chloralhydrat und bei gleichzeitiger Kälteeinwirkung eine Herabsetzung der Körpertemperatur bis auf 16° zu erzielen, also bis zu jener Grenze, bei welcher das Leben der Warmblüter meist erlischt.

Die beträchtlichste Erniedrigung der Eigenwärme wurde durch Chloralhydrat und seine Combination mit Morphium hervorgerufen, geringere durch Morphium, Chloroform, Alcohol und Aether. Doch betrug auch hier der Abfall etwa 10°. Dieser Abfall trat vor allem in der mit Schlaf verbundenen Narcose ein, während Erwachen des Thieres durch Hautreize, insbesondere durch kalte Luft meist wieder mit einem Ansteigen der Temperatur verbunden war.

Es trat nun die Frage heran, ob diese Herabsetzung der Eigenwärme im wesentlichen bedingt ist durch eine Herabsetzung der Wärmeproduction bei gleichbleibender Wärmeabgabe oder durch eine beträchtlich gesteigerte Wärmeabgabe bei gleich bleibender Production. Versuche am Respirationsapparat ergaben gegenüber dem normalen Thiere eine Herabsetzung der Sauerstoffproduction, die auf die ganze Dauer der Versuche berechnet bei der Narcose von Chloralhydrat 37,9% und 38,7% der Norm, bei den übrigen Präparaten zwischen 56,1% und 73,2% betrug. Dem entsprechend sank auch die Abgabe der Kohlensäure. Die genauere Vertheilung des Sauerstoffverbrauchs auf die einzelnen Zeiträume der Narcose ergab ein progressives Absinken desselben mit dem progressiven Temperaturabfall parallel gehend, so zwar, dass z. B. bei einer Eigenwärme des Thieres von 22° in der Narcose der Verbrauch von Sauerstoff auf weniger als den fünften Theil des normalen herabgesetzt war. Es ist dieser stetige fortschreitende Abfall natürlich zum grossen Theil auf die Abnahme der Körpertemperatur zurückzuführen.

Es folgt sodann die weitere Frage, ob diese Herabsetzung des Stoffwechsels einer directen Wirkung der Mittel auf die Zellen ihre Entstehung verdankt. Diese Möglichkeit konnte der Verf. durch weitere Experimente ausschliessen. Bei Versuchen, ob verkleinerte überliegende Muskeln in ihrem Vermögen das Blut zu reduciren durch die Narcotica gehemmt werden, zeigte sich keine Differenz zwischen Muskeln mit und ohne Zusatz der Medicamente. Da nach weiteren Versuchen auch ein etwa vorhandener Sauerstoffmangel nicht für die Herabsetzung der Verbrennungsprozesse herangezogen werden kann, schliesst R., dass diese Wirkung der Narcotica nur durch das Centralnervensystem vermittelt sei. Auf die Ruhe des Nervensystems, auf den Wegfall der Reize und eine dadurch bedingte Herabsetzung der Wärmeproduction ist nach dem Verf. auch der Temperaturabfall im Schlaf zurückzuführen und ebenso die bei manchen psychischen Erkrankungen insbesondere der progressiven Paralyse in neuerer Zeit mehrfach studirten Verminderung der Eigenwärme.

Aus einigen Schlussbemerkungen dürfte vor allem die Warnung des Verf. vor der planlosen Anwendung innerer temperaturherabsetzender Mittel beherzigenswerth sein. Es muss bei allen diesen zunächst die Frage aufgeworfen werden, ob mit der Herabsetzung der Temperatur nicht eine Herabsetzung der Thätigkeit des Centralnervensystems verknüpft ist, deren Eintreten oder deren Folgen auf den Verlauf einer längeren Erkrankung von ungünstigem Einflusse sein könnte.

M.

3) **Ueber die unter physiologischen Verhältnissen zu beobachtende Verlangsamung der Leitung von Schmerzempfindung bei Anwendung von thermischen Reizen** von Prof. O. Rosenbach in Breslau. (Deutsche Med. Wochenschr. 1884. 29. Mai.)

Gegenüber der bekannten Thatsache, dass bei gewissen spinalen Erkrankungen häufig eine Verlangsamung der Schmerzempfindung statt hat, hebt R. hervor, dass bereits unter physiologischen Verhältnissen bei einer gewissen Qualität des sensiblen Reizes eine nicht unbedeutende Differenz in der Zeit der Perzeption der blossen Tast- und der Schmerzempfindung als ein normaler Vorgang zu constatiren ist. Diese Thatsache lässt sich mittelst thermischer Reize leicht nachweisen. Berührt man z. B. die Volarfläche des Zeigefingers mit einem mit kochendem Wasser gefüllten Reagensglas, so erhält man bei sehr kurzer Berührungsdauer blos eine Tast- und keine Schmerzempfindung, bei langer Berührungsdauer und grosser Berührungsstärke eine momentane, die Tastempfindung völlig überdeckende Schmerzempfindung. Bei mittleren Graden der Berührung fühlt man nach einander erst die blose Berührung, dann die Wärme und schliesslich das schmerzhafte Brennen. Die Ursache dieser zeitlichen Differenz liegt nicht etwa in dem Vorhandensein mehrerer physiologisch differenter Leitungswege, dieselbe beruht vielmehr auf den rein physikalischen Widerständen, welche der thermische Reiz auf seinem Wege zu den Nervenenden vorfindet. Dies geht schon daraus hervor, dass man die Differenz in der Perceptionszeit beliebig verringern oder verlängern kann, wenn man Stellen wählt, an denen die Leitung durch die Hautschicht beschleunigt oder verlangsamt wird, eine Modification des Versuches, welche man durch die Auswahl bald mit zarter, bald mit dicker Epidermisschicht versehener oder noch mit Leinewand umwickelter Hautpartien auf's Einfachste sich jederzeit hinstellen kann. Das hierbei häufig zu beobachtende An- und Abschwellen der schmerzhaften Sensation beruht nach R. darauf, dass die an die Haut abgegebenen Wärmemengen sich durch die Epidermisschicht hindurch gewissermaassen mehrfach hintereinander entladen.

A. Blaschko.

---

4) **Die Entstehung unserer Raumvorstellungen** von W. Bechterew. (Mitgetheilt in der Sitzung der St. Petersburger psychiatrischen Gesellschaft am 5./17. Mai 1884. Russisch.)

Auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen über die sogenannten Gleichgewichtsorgane — die halbzirkelförmigen Ohrbogengänge, die centrale graue Substanz des 3. Hirnventrikels und die mit den Oliven verbundenen Hautorgane — gelangt Verf. zu der Auffassung, dass diese Organe nicht nur zur Erhaltung des Körpergleichgewichts dienen, sondern ausserdem dem Bewusstsein eine Reihe von specifischen Empfindungen zuführen, deren Bedeutung den Gegenstand der in der Ueberschrift benannten Mittheilung bildet.

Die Analyse der Schwindelerscheinungen, die an Kranken mit Affection des Kleinhirns oder der peripheren Zuleitungsapparate desselben sowohl als an Gesunden in Versuchen mit Galvanisation der Kleinhirngegend oder mit Drehung um die Körperaxe beobachtet werden, führt B. zu dem Schluss, dass die Gleichgewichtsorgane Empfindungen vermitteln, die dem Gefühl der Körperlage im Raum zu Grunde liegen. Da ferner jedes der peripheren Gleichgewichtsorgane mit einem der äusseren Sinnesorgane (des Gehörs, Gesichts und Getastes) in inniger Verbindung steht, so sind Bedingungen geschaffen für eine Erregung der Gleichgewichtsorgane durch äussere (Schall-, Licht- und Tast-)Reize. Bei Einwirkung letzterer nehmen die durch die Gleichgewichtsorgane vermittelten Empfindungen eine specielle Form an, indem sie sich zu Empfindungen der räumlichen Körperlage in Bezug auf die Gegenstände der Aussenwelt gestalten, die als Reizquelle für die äusseren Sinnesorgane (Ohr, Auge,

Haut) dienen. Es entstehen demgemäss bei Einwirkung äusserer Reize auf unsere Sinnesorgane jedesmal zweierlei Empfindungen: eine durch Erregung des Sinnesorgans selbst bedingte, also Schall-, Licht- oder Tastempfindung, die andere — durch Erregung des entsprechenden Gleichgewichtsorgans vermittelte — Empfindung der räumlichen Körperlage; eben die Vereinigung dieser zwei Empfindungen ist es, was eine räumliche Localisation unserer Schall-, Licht- und Tastempfindungen ermöglicht. Gemäss dieser Auffassung werden sowohl angeborene Localisationsvermögen unseres Sehorgans, als unbewusstes Schlussverfahren unseres Geistes für die Entstehung der Raumanschauung überflüssig.

Bekanntermeise werden einige unserer Empfindungen, wie die des Gehörs, nur in bestimmter Richtung nach aussen projicirt; andere, wie die Lichtempfindungen, versetzen wir an bestimmte Orte des äusseren Raumes und sind zugleich befähigt, die Gestalt und Entfernung der die Quelle derselben bildenden Objecte zu erkennen; die Tastempfindungen endlich localisiren wir nur an unserer Körperoberfläche. Alle diese Unterschiede sind B.'s Meinung zufolge durch die Structurverhältnisse der verschiedenen Gleichgewichtsorgane und durch die Art der Verbindung letzterer mit den entsprechenden Sinnesorganen bedingt.

Die Bedeutung des Muskelsinns, der Innervations- und Tastempfindungen für die Entstehung unserer Raumvorstellungen wird von B. nicht abgestritten, doch ist dieselbe seiner Meinung nach wesentlich darauf beschränkt, dass wir Dank diesen Momenten jeden Augenblick mit Genauigkeit über Lage und Zustand des empfindenden Sinnesorgans unterrichtet werden. Der abstracte Raumbegriff bildet also das Resultat einer complicirten Reihe von Empfindungen: 1) solcher, die durch die Gleichgewichtsorgane vermittelt werden, welchen Impulse seitens der entsprechenden Sinnesorgane zufliessen und 2) Muskel-, Innervations- und Tastempfindungen.

Verf. stellt seine Hypothese über die Entstehung der Raumvorstellungen den gegenwärtig herrschenden Theorien — hauptsächlich der nativistischen und empiristischen gegenüber und weist durch kritische Auseinandersetzungen die Unzulänglichkeit beider nach. P. Rosenbach.

Pathologische Anatomie.

5) Ueber Veränderungen in den nervösen Apparaten der Darmwand bei perniciöser Anämie und bei allgemeiner Atrophie von Sasaki. (Virchow's Archiv. Bd. 96. S. 287—301 und Taf. XIII. Fig. 1—3.)

Die beschriebenen Untersuchungen wurden in v. Recklinghausen's Institut vorgenommen. S. untersuchte etwa 50 Därme und fand in 2 Fällen, die der gastro-intestinalen Form der perniciösen Anämie angehörten und deren Krankengeschichte und Sectionsbefund er beifügt, bestimmte Veränderungen in den Gangliengeflechten der Darmwand, ähnlich den von Jürgens und von Blaschko geschilderten. In den Meissner'schen und Auerbach'schen Plexus waren die Ganglienzellen sklerosirt, atrophisch und geschwunden; die Nervenfasern verschmälert und chemisch (in ihrem Verhalten Farbstoffen gegenüber) verändert; ferner fanden sich reichlich Körperchen vom Charakter des Hyalins, die Verf. von den Neurilemmzellen herleiten und mit den Corpp. amylacea in Analogie setzen möchte. Die Muskelschichten des Darms waren verschmälert, die einzelnen Muskelfasern dünn und körnig getrübt. Einer der Fälle zeigte intensive Fettdegeneration der Zellen und Fasern.

Da nach den Untersuchungen des Verf. allgemeine Atrophie — in Folge von Krebscachexie, Phthisis pulmon., Altersveränderungen — keine derartige Degeneration des Darmnervenapparates veranlasst, ist er geneigt, die Veränderungen in den Darmganglien bei diesen Fällen als das Primäre und als die Ursache der Anämie anzusehen. Da ferner der ganze Darmtractus betheiligt war und die Nervenapparate mehr als

die übrigen Gewebe der Darmwandung, plaidirt Verf. für die neurotische Natur dieser Veränderungen. Tuczek.

---

6) **Zur histologischen Pathologie der Dementia paralytica** von Prof. Binswanger. (Sep.-Abdr. aus den Sitzungsberichten der Jenaischen Gesellschaft für Medicin und Naturwissenschaft. Jahrg. 1884. Sitzung vom 11. Januar und 13. Juni.)

B. fand in 2 vorgeschrittenen Fällen von Paralyse circumscripte Zellherde, die durch eine fibröse Randzone vom übrigen Hirngewebe abgesetzt waren, und deren Elemente nicht ausschliesslich den Charakter von Lymphelementen trugen. Die Herde sind nicht zahlreich und stehen in Zusammenhang mit der Veränderung der Gefässwände: verdickte Lymphscheide, die streckenweise fest an die inneren Gefässhäute adhärirte. Es liegt nahe, jene Herde als Kernanhäufungen zu betrachten, die zum Theil aus den Lymphscheiden oder dem anliegenden Gliagewebe, zum Theil aus den durch den gehinderten Lymphstrom aufgestapelten weissen Blutkörperchen stammen. Die Herde zeigen grosse Verwandtschaft mit jenen endothelialen Herden, welche Manz in der Opticusscheide nachgewiesen hat.

Ferner beschreibt B. Veränderungen an den Riesenpyramidenzellen (Betz) des Paracentrallläppchens (5 Fälle von Paralyse), die in Zerklüftung des Kernkörperchens, Aufblähung oder Verschwinden des Kerns, unregelmässiger Gestalt, Pigmentirung etc. des Zellkörpers bestehen. M.

Pathologie des Nervensystems.

7) **Contribution à l'étude des localisations cérébrales (trajet intra-cérébral de l'hypoglosse)** par Raymond et Artaud. (Arch. de Neurol. Vol. VII. No. 20 et 21.)

Die Arbeit beschäftigt sich damit, auf Grund eigener und fremder klinischer und anatomischer Beobachtungen, den Verlauf der Hypoglossusbahn von der Grosshirnrinde bis zum Hypoglossuskern in der Oblongata festzustellen. Die Verff. kommen dabei zu folgendem Resultat. Das (bilaterale) Rindencentrum des Hypoglossus befindet sich im unteren Drittel der vorderen Centralwindung; in demselben Gebiet befinden sich ausserdem noch die Centren für den unteren Facialis und den motorischen Trigeminus. Die vom unteren Abschnitt der vorderen Centralwindung entspringenden Markbündel enthalten die centralen Bahnen derselben 3 Nervengebiete. Hierfür steht den Verff. eine reiche Casuistik zu Gebote; sie nehmen zugleich die Gelegenheit wahr, zwischen der Pseudo-Bulbärparalyse aus cerebraler Ursache, wie sie bei Läsionen dieser Gegend des Centrum semiovale und der Cap. externa zur Beobachtung kommt, und der echten Bulbärparalyse eine scharfe differentielle Diagnose zu ziehen; das Hauptgewicht legen sie dabei (wie auch Jolly kürzlich; vgl. den Bericht über die 9. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen in Nr. 13 dieses Blattes) auf das Fehlen der Muskelatrophie und von Veränderungen der elektrischen Reaction bei der Pseudo-Bulbärparalyse. Einseitige Herde in der betr. Markregion setzen zuweilen doppelseitige Labio-glosso-pharyngeal-Paralyse.

In der inneren Kapsel ist als Passage der Hypoglossusbahn längst das Knie sichergestellt. Vieles spricht dafür, dass zwischen Hypoglossusbahn und den Bündeln des vorderen Schenkels der inneren Kapsel, deren Zerstörung mit Intelligenzstörungen verbunden ist, ein gesondertes Bündel („Aphasie-Bündel"), von der Broca'schen Windung herstammend, existirt. In der Brücke endlich gehören die hinteren inneren Pyramidenbündel der Hypoglossusbahn an. Tuczek.

---

8) Zur Localisation der Hemichorea von F. Greiff. (Arch. f. Psych. XIV. S. 598.)

I. 74jähr. Frau, 1878 Apoplexie mit kurzdauernder linksseitiger Hemiplegie, seither 3 Anfälle ohne andauernde Lähmung, aber mit Rückgang der Intelligenz; 1882 ängstliche Verwirrtheit, senile Demenz, körperliche Schwäche ohne wesentlich halbseitige Differenz, linker Facialis paretisch, Zunge nach links, Hautreflexe nicht verstärkt, Sehnenreflexe etwas gesteigert; geringe Schwerhörigkeit, Atherom, Herzhypertrophie; später leichte Kraftabnahme der linken Extremitäten; plötzlich schmerzhafte Sensationen und grosse Unruhe im linken Arm, der in den verschiedenen Gelenken fortwährend bewegt wird; die Haut desselben geröthet, heisser als rechts, zeigt mehrere spontane subcutane Hämorrhagien, das linke Bein zeigt nur leichte Adduction und Abduction, sowie Streckung und Beugung im Kniegelenk, Reflexe unverändert; links Arm und Bein beträchtlich hyperästhetisch, links Parese etwas stärker ausgeprägt, rechte Körperhälfte frei. Die linksseitigen Bewegungen dauern fort und stehen nur im Schlafe, die linke Parese nimmt zu, die Hyperästhesie ab; später zeigt sich, dass auch die linke Halsmusculatur an den choreiformen Bewegungen theilnimmt, die des linken Beines sind nur spurweise vorhanden. Exitus 1882. Section: Pachymeningitis haem. int., links 1 mm dick, Gehirnatrophie; im rechten Sehhügel ein kleiner hämorrhagischer Herd an seinem inneren Umfange, ein ebensolcher an seiner unteren Begrenzung; an der Basis des rechten Occipitallappens 5 cm grosse oberflächliche Erweichung; im Centrum des linken Cerebellum alter hämorrhagischer Herd. Pons und Med. spin. makroskopisch frei. Bezüglich der mikroskopischen Untersuchung der Herde muss auf das Original verwiesen werden. Dieselbe ergab ferner im Pons links zwischen Austritt des Trigeminus und oberem Ponsende einen linsengrossen Herd, im Rückenmark zeigten sich beide Hinterstränge (soll wohl heissen Hinterseitenstränge? Ref.) in mässigem Grade, der linke mehr, degenerirt, entsprechend einer stärkeren Degeneration der rechten Pyramidenbahn im unteren Pons und Medulla obl.; im unteren Dorsaltheil frische Myelitis, besonders die Hinterstränge betreffend mit secundär aufsteigender Degeneration der Goll'schen Stränge.

Aus der Besprechung des Falles ist hervorzuheben die Möglichkeit des Zusammenhanges zwischen der Hyperästhesie und den vasomotorischen Erscheinungen, sowie die grosse Wahrscheinlichkeit, dass der untere Thalamusherd, von dem 2 Ausläufer bis in den Hirnschenkelfuss sich erstreckten, entsprechend der von Kahler und Ref. vertretenen Anschauung, durch die Reizung der Pyramidenfaserung die Hemichorea erzeugt.

II. 52jähr. Frau, seit mehreren Jahren nach Affect Abnahme der Intelligenz, seit 2 Monaten verwirrt, vor 14 Tagen Schlaganfall mit rechtsseitiger vorübergehender Hemiplegie; kein Grössenwahn. Status: Vorgeschrittene senile Demenz, rechts Facialisparese; 2 Monate später links epileptiformer Anfall mit vorübergehender Hemiparese links; in den folgenden Monaten mehrfache ähnliche Anfälle zuweilen mit Articulationsstörung und amnestischer Aphasie; im Anschluss an einen solchen Anfall mit Hemianästhesie und Hemianopsie links choreatische Bewegungen des linken Arms, die während mehrtägiger Dauer schwächer werden und sich auf die linke Hand beschränken und dann ganz aufhören; Parese der linken Extremitäten, Temp. links etwas höher als rechts. Section: Leichte Pachymeningitis haem. int., Gehirnoberfläche in Fleischroth spielend, granulirt, in der Hirnrinde stellenweise Ecchymosen, am oberen Ende der linken hinteren Centralwindung eine geröthete, von zahlreichen Blutungen durchsetzte Stelle. Mikroskopisch: Sehhügel, innere Kapsel, Hirnschenkel beiderseits frei; Grosshirnrinde rechts: Gefässe erweitert, prall gefüllt, von massenhafter Zellinfiltration umgeben; in ihrer Nähe zahlreiche stark geschwollene Spinnenzellen, theils mit ihnen, theils untereinander verbunden; stellenweise kleine Herde von granulirten Rundzellen, immer an der Grenze zwischen Mark und Rinde und ein

Gefäss einschliessend; in ihrer Nähe die Ganglienzellen getrübt, gebläht, ohne deutlichen Kern; dort auch viel Blutpigment. Diese Veränderungen zeigen regionär verschiedenes Verhalten, in der linken Hemisphäre fanden sich die gleichen Veränderungen jedoch in wesentlich geringerem Grade. Im Pons fand sich im oberen Theile der rechten Hälfte ein beginnender Erweichungsherd, die rechte Pyramidenfaserung zum Theil umfassend und gegen das Crus cerebelli ad pont. verlaufend; nach abwärts rechts secundäre Degeneration; im Rückenmark Degeneration beider Hinterseitenstränge, links stärker, und in der rechten Pyramidenvorderstrangbahn, mässige Degeneration der Goll'schen Stränge, schmaler Degenerationsstreifen zwischen Goll'schem und Keilstrang beiderseits.

In der Epikrise ist G. geneigt, den Fall als Paralyse zu betrachten; aus den weiteren Ausführungen ist hervorzuheben die Annahme einer centralen Ursache für die Temperaturdifferenz; bezüglich der Hemichorea versucht G. den Nachweis, dass wahrscheinlich nicht der Ponsherd, sondern die Rindenläsion für dieselbe verantwortlich zu machen ist, und schliesst sich auch für diesen Fall der Annahme der Pyramidenfaserreizung an. A. Pick.

---

9) Chorea posthemiplegica af Edv. Kaurin. (Tidsskr. f. prakt. Med. 1884. IV. 10.)

Ein 78jähr., vorher ganz gesunder Mann war ohne vorhergegangenes Unwohlsein nach einem guten Mittagsschlaf benommen und betäubt im Kopfe, mit Schwäche und Schlaffheit in den linken Gliedern, undeutlicher Sprache und Schwierigkeit beim Essen und Trinken wegen Schlaffheit der Musculatur des Mundes und des Schlundes. Nach 2 Tagen besserten sich diese Erscheinungen, am 4. Tage aber erschienen Zuckungen und unwillkürliche choreatische Muskelbewegungen in den linken Gliedern, diese Bewegungen wurden allmählich häufiger und waren bald immer vorhanden ausser im Schlafe. Nach vorübergehender Besserung wurden die Bewegungen wieder stärker und ergriffen auch das Gesicht und schliesslich die ganze linke Körperhälfte. Ausserdem war keine Störung vorhanden. — Alle Muskeln der linken Körperhälfte, namentlich die des Armes und des Beines, waren in unablässiger choreatischer atactischer Bewegung, Arme und Beine nahmen die verschiedensten Stellungen ein, im Gesicht wechselten die verschiedenartigsten Ausdrücke in der schroffsten Weise. Bei Bewegungsintentionen steigerten sich die unwillkürlichen Bewegungen. Die Sprache war durch die Bewegungen in hohem Grade gestört, die Zunge wurde gerade herausgestreckt, die Pupillen waren gleich weit und reagirten gut. Der Druck der linken Hand war noch ziemlich kräftig, aber schwächer als der der rechten. Die Sensibilität schien in der linken Körperhälfte etwas, aber nur wenig geringer, als in der rechten, die Temperatur war in den linken Gliedern deutlich erhöht; wenn die kranken Glieder festgehalten wurden, empfand der Kranke in denselben eine unablässige zitternde Bewegung in denselben. Die Reflexthätigkeit war in der linken Körperhälfte geschwächt, die elektromusculäre Sensibilität in den Gliedern unverändert, auch die faradische Erregbarkeit der Muskeln ungeschwächt, an den Proc. spinosi bestand keine Empfindlichkeit gegen Druck, auch keine vermehrte Empfindlichkeit gegen elektrische Berührung. Der Herzschlag war schlaff, der Dämpfungsbezirk vergrössert, namentlich in der Breite, ein starkes blasendes Nebengeräusch beim ersten Ton verdeckte diesen vollständig und war über dem ganzen Herzen hörbar, aber zu unterscheiden vom ersten Tone links an der Basis, wo der zweite Ton ebenfalls blasend gehört wurde. Ausserdem fand sich keine bemerkenswerthe Abnormität. Nach Anwendung von Morphium, Infusum flor. arnicae mit Jodkalium und Aether liessen die Krampfbewegungen etwas nach, aber nur vorübergehend, bald wurden sie stärker als vorher. Später liessen sie wieder nach und hörten fast ganz auf, stellten sich aber kurz vor dem Tode wieder ein.

Bei der Section fand man ausgedehnte Verwachsung der rechten Lunge mit der Pleura costalis, Bronchitis, Lungenödem, mässige Hypertrophie und Dilatation des Herzens, atheromatöse Entartung der Bicuspidalis und der Aortenklappen mit zahlreichen Kalkablagerungen in den Klappen selbst und um die Ostien, Milz und Leber hyperämisch, die Hirnmasse blass, atheromatöse Entartung der Hirnarterien, nirgends einen apoplectischen Herd, aber zahlreiche ältere capillare Embolien im rechten Corpus striatum. Walter Berger.

---

10) **Hémichorée sans hémianèsthésie; Hémorrhagie de la partie postérieure dans la couche optique sans lésion de la substance blanche** par Morin. (Soc. anat.; Progr. méd. 1884. No. 2.)

Plötzliches Auftreten von linksseitiger Hemichorea; wenig umfangreicher hämorrhagischer Herd im rechten Sehhügel ohne Verletzung der Caps. int., einige ältere kleine Herde in beiden Linsenkernen. Tuczek.

---

11) **Sclérose en plaque et Maladies infectieuses** par Marie. (Progr. méd. 1884. No. 15. 16. 18. 19.)

M. resumirt die in der Literatur niedergelegten Fälle von disseminirter Sklerose im Verlauf verschiedener Infectionskrankheiten — Typhus, Pocken, Erysipel, Pneumonie, Masern, Scharlach, Keuchhusten, Intermittens, Dysenterie, Diphtherie, Cholera, Puerperalfieber —, denen er zwei Fälle eigener klinischer Beobachtung, einen nach Typhus, den andern nach Pneumonie hinzufügt. Indem er dann auf die Beobachtungen über disseminirte Arteriitis und Periarteriitis — wahrscheinlich in Folge von Bacterienembolien — eingeht und deren Zusammenhang mit den disseminirten Herden im Gehirn und Rückenmark bespricht, definirt er die infectiöse disseminirte Sklerose als cerebrospinale Localisation der infectiösen Gefässaffection. Tuczek.

---

12) **Zur Symptomatologie der Tabes dorsalis** von Prof. O. Berger. (Sitzung der med. Section der schles. Gesellschaft für vaterländische Heilkunde vom 21. März 1884.)

Die lancinirenden Schmerzen im Verlauf von Tabes fehlen nur sehr selten; in 380 Fällen nur in 14,5 %. Sie haben zuweilen ihren Sitz am Kopf: Occipitalneuralgie oder — was bisher noch nicht beschrieben — als Migräne. Zu der letzteren gesellte sich öfter Atrophia nerv. optici.

Blasenstörungen können nicht blos das erste, sondern auch für lange Zeit das einzige Glied der tabischen Symptomenkette bilden (Tabes dysurica). Die Latenzperiode betrug zwischen 8 Monat und 7 Jahren. Das Westphal'sche Zeichen sichert hier die Diagnose (und der ebenso regelmässig fehlende Achillessehnenreflex). B. theilt einen Fall mit, in dem 2 Jahre lang Blasenbeschwerden (Ischurie, Enuresis nocturna) ohne jede andere subjective Beschwerde bestanden und dann erst die anderweitigen tabischen Symptome sich entwickelten. M.

---

13) **Ueber die epileptogene Zone beim Menschen,** Inaugural-Dissertation von O. v. Landesen. (Dorpat 1884.)

Ein in der psychiatrischen Klinik zu Dorpat beobachteter Fall von Epilepsie liegt der Arbeit zu Grunde. Ein 26jähr., hereditär belasteter Kaufmann von sehr reizbarem Temperament bekam in seinem 16. Lebensjahre nach einem etwas forcirt

ausgeübten Druck der rechten Hand einen epileptischen Anfall, dem eine blitzschnell von dort aus aufsteigende Empfindung vorausging. Seitdem bemerkte P. jedesmal diese praemonitorische Erscheinung, wenn er mit der rechten Hand einen Gegenstand fest fasste. Bei einem gelegentlichen Druck auf die verhängnissvolle Handfläche wurde wieder ein epileptischer Anfall ausgelöst. Die epileptogene Stelle zwischen Daumen- und Kleinfingerballen der rechten Palma zeigt keine trophischen Störungen, sonst nur geringe Erhöhung der Sensibilität im Vergleich zu der andern Hand. Reizung mit dem faradischen und constanten Strom ergiebt nur auraartige Symptome: Erweiterung der Pupillen, Palor faciei, Schwindel, Zittern, tonische Contraction und sensible Erscheinungen der rechtsseitigen Extremitäten. Dagegen bringt Kitzeln der rechten Hand vollkommene epileptische Anfälle hervor, denen eine von der epileptogenen Stelle ausstrahlende Aura vorangeht. An diesen Fall anknüpfend meint Verf., dass im Allgemeinen der epileptogenen Zone ein im weitesten Sinne genommenes Trauma, eine oft nur moleculäre Veränderung der Nervenenden, zu Grunde liege, die das Gleichgewicht der Kräfte in den Ganglien stört; andererseits kann eine Alteration der Hirnrinde durch Projection ihres Zustandes an der Peripherie einen Locus minoris resistentiae, einen epileptogenen Bezirk, zu Wege bringen.

Das Circumscripte solcher Stelle als charakteristisch dafür hervorhebend behandelt Verf. sodann den Unterschied der epileptogenen Zone bei Menschen und Thieren und deutet in Bezug auf das therapeutische Verfahren die praktische Wichtigkeit des Auffindens epileptogener Zonen an. Ruhmann.

Psychiatrie.

14) Visceral and other syphilitic lesions in insane persons without cerebral syphilitic lesions by W. J. Mickle. (Journ. of mental science. 1884. Jan. p. 492.)

Bei der Aufnahme 26jähriger Mann, im Anschluss an mehrfache Erscheinungen constitutioneller Syphilis seit 8 Monaten geisteskrank; in der ersten Zeit ruhelos, aufgeregt, verkehrt im Handeln, Gespräch unzusammenhängend; später die Erscheinungen secundären Blödsinns, tertiäre Syphilis.

Section (8 Jahre nach der Aufnahme); Schädel dünn, Dura normal, die weichen Meningen leicht verdickt, Pia leicht ödematös, an verschiedenen Stellen leichte Atrophie der Gyri; sonst nichts Wesentliches am Gehirn. Gummata der Leber und Nieren, syphilitische Affectionen der Knochen, eine das Scheitelbein ganz oberflächlich betreffend.

M. deutet den Fall so, dass die Geistesstörung auf dem Wege der syphilitischen Toxämie oder auf dem der Anämie und syphilitischen Kachexie in Verbindung mit den schmerzhaften Knochenaffectionen entstanden ist.

Ein zweiter ähnlicher Fall wird nebst Sectionsbefund kurz berichtet.

A. Pick.

15) Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse par Cotard. (Arch. de Neurol. 1884. No. 21.)

Nachdem Charcot (publ. im Progrès méd.) einen derartigen Fall beschrieben, bringt C. zwei weitere Beobachtungen von Melancholischen zur Sprache, bei welchen als quälendstes Symptom neben der Beängstigung der Verlust aller Gesichtserinnerungsbilder auftrat. C. ist geneigt, mit diesem Symptom das Délire des négations, sowie die totale Gemüthsstumpfheit dieser Melancholischen in Verbindung zu bringen; sie verlieren das Interesse für Alles, was ihnen früher lieb und theuer war.

[Sollte nicht dabei auch die von Westphal's Schülern gefundene Gesichtsfeld-Einengung eine Rolle spielen? Ref.] Siemens.

16) **Ueber eigenthümliche Anfälle perverser Sexualerregung** von Dr. Anjel. (Arch. f. Psych. XV. H. 2.)

Als „perverse Sexualerregung" glaubt A. die beiden interessanten Beobachtungen bezeichnen zu müssen, weil sie in den Rahmen der von Westphal aufgestellten „conträren Sexualerregung" nicht passen.

Der eine Fall betrifft einen gebildeten, erblich nicht belasteten Herrn, welcher früher allem Lasciven fremd stets ganz normale sexuale Neigungen besass, verheirathet ist und Kinder hat. Jetzt treten von Zeit zu Zeit „Anfälle" bei ihm auf, in denen sein Wesen total verändert ist; er wird gereizt, unruhig, heftig bis zur Wuth und hat dabei den unbezwinglichen Trieb, sich kleinen Mädchen in unzüchtiger Weise zu nähern. Die „Anfälle" dauern 8—14 Tage; nach und nach ist dem Pat. das Krankhafte dieser Anwandlung bewusst geworden. Er selbst führt sie auf einen vor ca. 8 Jahren überstandenen heftigen Schreck zurück. In Folge dessen habe eine Zeit lang Präcordialangst bestanden, später hätten die Anfälle den oben beschriebenen Charakter angenommen. Der Verf. erklärt die Anfälle als psychisch-epileptische Aequivalente, doch führt er für die epileptische Natur sonst Nichts an. Einfacher erscheint die Auffassung des Falles als periodische Psychose (Ref.).

In dem zweiten Fall ist die epileptische Grundlage klarer. Er betrifft eine hochgebildete Dame nahe dem Klimacterium, erblich belastet, welche schon früher an Petit mal gelitten und später ausgesprochene hystero-epileptische Anfälle gehabt hat, auch solche mit geistiger Störung. Als Nachsymptom bestand eine Zeit lang Schlaflosigkeit, welche endlich wich und sich dann nur auf die Zeit der Menses beschränkte. Zu dieser selben Zeit tritt nun bei ihr der perverse Trieb auf, Knaben unter 10 Jahren sich in unzüchtiger Weise zu nähern. Siemens.

---

17) **Histoire du mérycisme** par Bourneville et Séglas. (Arch. de Neurol. 1883. No. 16. 17. 18. Appendice No. 31.)

Eingehende Abhandlung über das bei gewissen Kranken vorkommende Wiederkauen und diesem verwandte Erscheinungen, mit sorgfältig gesammelter Casuistik und Literatur. Eignet sich nicht für ein kurzes Referat. Siemens.

Therapie.

18) **Grossesse et épilepsie** par Bérand. (L'Encéphale. 1884. No. 3. p. 320.)

Eine epileptische junge Frau, welcher der Arzt nach vergeblicher Behandlung das Heirathen als letztes Mittel angerathen hatte, bekommt in der Ehe zu den sich verschlimmernden Krampfanfällen noch psychische Störung hinzu. Mit dem Eintritt der Schwangerschaft erfährt der Zustand eine weitere Verschlimmerung. Doch findet die Entbindung zur rechten Zeit statt. Die Mutter stillt einige Tage und verliert nach einem epileptischen Anfall die Milch. Das Kind stirbt nach einigen Wochen an Meningitis.

In den folgenden Monaten leichte Besserung des Zustandes. Dann neue Gravidität mit denselben bedauerlichen Folgen. Trotzdem wieder normale Geburt eines gesunden Mädchens, welches einige Monate gestillt wird.

Während dieser Zeit keine Brombehandlung. Diese wird vorübergehend im Hospital angewendet, als der Zustand sich wieder verschlimmerte. Eine 3. Gravidität machte den Zustand unerträglich, es litten auch Gedächtniss und Intelligenz in hohem Maasse. Prof. Ball leitete sofort nach der Aufnahme in St. Anne trotz der Gravidität die Brombehandlung ein (Ammonii brom. und Natr. bromati āā 5,0 pro die,

dazu 1—2 Pillen zu 0,02 je zur Hälfte aus Extr. Belladonn. und Zinci oxydat. bestehend). Erhebliche Besserung der epileptischen Symptome, normale Geburt eines ausgetragenen Kindes, welches nach 14 Tagen an allgemeinen Convulsionen starb. In der Folge Besserung des Befindens der Mutter, nur die Gedächtnissschwäche blieb.
Siemens.

---

19) **Bericht über den Massenunterricht stammelnder und stotternder armer Schulkinder behufs Beseitigung ihres Uebels** von Dr. Berkhan. (Arch. f. Psych. XV. H. 2.)

Mittheilung der Resultate eines methodisch geübten speciellen Unterrichts bei einer Reihe von Kindern mit Sprachstörungen: Stotterer und Stammler. Der um diese Sache sehr verdiente Verf. hatte die Freude, gute Resultate zu sehen.

Der Lehrer der Stammelnden hatte die Aufgabe, die diesen Kindern fehlenden oder von ihnen mangelhaft gebildeten Laute festzustellen und wo möglich bis zur Geläufigkeit einzuüben. Der Unterricht der Stotternden begann regelmässig mit gymnastischen Uebungen des Oberkörpers und des Kopfes. Beim Stottern hapert bekanntlich das Verbinden der Laute mit einander (nach Kussmaul die Vocalisation der Consonanten. Ref.).

Der Unterricht, welcher möglichst von besonderen Lehrern in besonderen Klassen zu ertheilen ist, dauerte 10—15 Wochen. Die gewonnenen Resultate fordern zur Nacheiferung auf.
Siemens.

---

20) **Traitement de la migraine ophthalmique** par Féré. (Progr. méd. 1884. No. 23.)

Bei jener Form von Migräne, die durch Supraorbitalschmerz, Nausea und Erbrechen, Flimmerscotom oder Hemianopsie charakterisirt ist und sich zuweilen mit Aphasie combinirt, empfiehlt F. nach Charcot's Vorgang Bromkali in derselben Dosirung, wie bei der Epilepsie.
Tuczek.

---

21) **De behandelingsmethode van Rumpf.** Door Dr. J. H. A. Niermeijer. (Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1884. Nr. 14. S. 256.)

N. hat die Rumpf'sche Methode kräftiger faradischer Pinselung eines grossen Theiles der Hautoberfläche in einer Reihe von Fällen in Anwendung gebracht, in denen die Krankheitserscheinungen grösstentheils von Circulationsstörungen im Gehirn abhängig oder damit verbunden waren, sowie in einigen Fällen von Tabes. In den ersteren Fällen waren die Resultate sehr günstig, in den letzteren ermuthigend; sie zeigten sehr grosse Uebereinstimmung mit denjenigen, die mittelst der allgemeinen Faradisation nach Beard und Rockwell erzielt werden, doch verfehlt die Rumpf'sche Methode bei einigermaassen sorgfältiger Auswahl der Fälle fast nie, bedeutende Besserung oder Genesung hervorzubringen, die Krankheitserscheinungen weichen fast mit absoluter Sicherheit nach einer längeren oder kürzeren Dauer der Behandlung. Namentlich werden in den meisten Fällen rasch die von hyperämischen Zuständen des Gehirns und seiner Häute abhängigen Kopfschmerzen und die psychischen Depressionszustände beseitigt, auch fehlt nur selten ein Einfluss auf die allgemeine Ernährung. Die Rumpf'sche Methode wirkt demnach nicht nur durch reflectorischen Einfluss auf ein gewisses Gefässgebiet heilend, sondern kann auch durch allgemeine Modification verbessernd auf die Ernährungsverhältnisse des ganzen Körpers einwirken.
Walter Berger.

Forensische Psychiatrie.

22) **Melancholia sine delirio,** gerichtsärztliches Gutachten von Prof. v. Krafft-Ebing. (Irrenfreund. 1883. Nr. 3.)

Ein 60jähr., körperlich sehr verfallener Arbeiter zündete in der Absicht, sich das Leben zu nehmen oder in's Zuchthaus zu kommen, eines Tages eine schon seit längerer Zeit ausser Betrieb gestellte Pulvermühle an, in der aber noch einige Pulvervorräthe lagen, und wurde durch die Explosion verbrannt und in einen nahe gelegenen Bach geschleudert. Er gab sich selbst als Thäter an und gestand später, er habe die Brandstiftung verübt, um dabei umzukommen, da für ihn als nicht mehr arbeitsfähigen Menschen das Leben zu elend sei. Bei der gerichtsärztlichen Untersuchung seines Geisteszustandes ergab sich nun, dass der Thäter seit seinem 10. Jahre (in Folge eines Traumas) schwachsinnig sei und dass er in den letzten Monaten unter den kümmerlichsten äusseren Verhältnissen und unter tiefer Empfindung seiner rapid abnehmenden Leistungsfähigkeit in eine melancholische Verstimmung gerathen sei, die ihm bei gleichzeitigen körperlichen Beschwerden den Tod oder das Zuchthaus begehrenswerther habe erscheinen lassen, als das bisherige Leben. Die Motive zur That wurden dementsprechend aus der melancholischen Verstimmung ohne specifische Wahnvorstellungen abgeleitet und der Provocat daher für unzurechnungsfähig erklärt.

Sommer.

III. Aus den Gesellschaften.

Académie de Médecine, Paris.

Die Akademie hat kürzlich in 4 Sitzungen etwas wunderbare Debatten führen müssen über einen Vortrag, über welchen sie sonst vielleicht lächelnd hinweggegangen sein würde, wenn er nicht gerade von Luys gehalten worden wäre. — Luys hatte nämlich in der Sitzung vom 25. März über seine Experimente vorgetragen, die er zur Feststellung der Bewegungen des menschlichen Gehirns in der Schädelhöhle gemacht hatte. Er behauptet, das Gehirn des lebenden Menschen bewege sich der Schwere nach bei jeder Veränderung der Lage des Körpers resp. Kopfes, weiche bei Rückenlage von der vorderen, bei Bauchlage von der hinteren Innenfläche des Schädels ab und gleite in die entgegengesetzte Schädelseite. In Folge dessen werden seine eigenen Gefässe, wie die Gefässe und Nerven der Schädelbasis wechselnd beeinflusst, und Luys erklärt so die verschiedensten physiologischen und pathologischen Zustände, wie die Symptome von Gehirnanämie bei Reconvalescenten, die Ermüdung des Abends nach langer aufrechter Haltung den Tag über, die Seekrankheit, den Hitzschlag etc.

In der Discussion am 4. April giebt Colin (d'Alfort) im Allgemeinen eine derartige Beweglichkeit des Gehirns zu, meint aber, dies sei eine längst bekannte Sache, soweit es sich um Erscheinungen an der Leiche handele, an welcher Luys experimentirt habe. Er selbst habe Versuche am lebenden Thier (Pferd) gemacht und gefunden, dass bei Lageveränderungen des Körpers eine Bewegung des ganzen Gehirns vor sich gehe, allerdings nur eine kaum bemerkbare an den Stirnlappen, aber eine ganz erhebliche an den Hinterhauptslappen, nämlich um 2—4 mm. Die Angabe von Luys, es handele sich um 6—7 mm, sei entschieden übertrieben, und daraus erklärlich, dass Luys an Leichen und nach Entfernung der Dura mater beobachtet habe.

Luys wendet ein, er habe ja die Arterien mit einer coagulirenden Flüssigkeit injicirt, giebt aber zu, dass am Lebenden wohl die Beweglichkeit des Gehirns geringer sein dürfte, als bei der Leiche.

In der Sitzung vom 8. April weist Béclard die Ansichten von Luys zurück. Zunächst sei festzustellen, dass die Zu- und Abnahme des Gehirnvolums,

wie sie von der Respiration und Circulation bedingt werde, eine allgemein anerkannte Thatsache sei. Aber nach Luys handele es sich um Bewegungen der ganzen Masse des Gehirns in Folge seiner Schwere bei Lageveränderungen des Körpers, wobei das Gehirn sich von der Innenfläche des Schädels entferne, und einen erheblichen Raum zwischen sich und der Schädelinnenfläche entstehen lasse. Ein solcher leerer Raum besteht doch aber nicht, sondern Gehirn, Liquor cerebro-spinalis, die Venenplexus etc. füllen die Schädelkapsel vollständig aus. Es kann sich also nur um ein Hin- und Hergleiten zweier Oberflächen an einander, nicht um Bildung eines Abstandes zwischen den beiden Oberflächen handeln. Dergleichen komme nicht vor, sei noch von Niemand demonstrirt und überhaupt nicht demonstrirbar.

Luys bestreitet dies; und Colin (d'Alfort) vertheidigt entschieden dessen Ansichten. Es bestehe sicher ein leerer Raum zwischen Dura und Gehirn, resp. im Arachnoidalsack; diesen Raum erfülle ein gasförmiger Stoff (Vapeur), der sich ausdehne, wenn sich das Gehirn mit dem visceralen Blatte der Arachnoidea von deren parietalem Blatte zu entfernen strebe. (!) Auch anderswo, z. B. im Pleura-Sack, habe man ja gleiche Verhältnisse. (!)

Noël Gueneau de Mussy fragt Colin, von was für einem gasförmigen Stoffe er denn spreche, und wie er denselben wahrgenommen habe.

Colin sagt, er habe beim Oeffnen seröser Häute Gas entweichen gesehen (sic!). Wie sollten auch zwei seröse Blätter sich an einander bewegen können, wenn nicht ein gasförmiger Stoff zwischen ihnen sich befinde?

Gariel sucht ihm dies klar zu machen.

Noch einmal kommt Luys in der Sitzung vom 29. April auf seine wunderlichen Behauptungen zurück. Bei aufrechter Haltung platte sich das Gehirn ab und lasse einen beträchtlichen Raum zwischen seiner Scheitelwölbung und der Schädelkapsel. Dass dieser Raum existire, ergebe sich daraus, dass man nach Durchbohrung des Knochens und nachdem Liquor cerebro-spinalis ausgeflossen sei (sic!), Flüssigkeit ohne erheblichen Druck injiciren könne. Ihre Menge erlaube einen Rückschluss auf die Grösse des „periencephalen" Raumes.

Trélat fertigt hierauf in längerer Rede die Ansichten von Luys ab. Es gebe nur minimale Gehirnbewegungen, die lediglich auf Veränderung des Druckes und der Spannung seiner Substanz und seiner Häute beruhen. Es sei ganz unzulässig, von Leichenbeobachtungen Schlüsse auf derartige physiologische Verhältnisse beim Lebenden zu machen. Wenn Luys nun gar mit seinen Hypothesen pathologische Zustände wie die Seekrankheit und den Hitzschlag deuten wolle, so müsse er sagen, diese Dinge liegen doch in der That auf einem ganz anderen Gebiete; und Anderes, was Luys erwähnt habe, erkläre sich ganz einfach aus Circulationsverhältnissen.

Schliesslich setzt Sappey, unter Hinweis auf das höhere specifische Gewicht des Gehirns gegenüber dem Liquor cerebro-spinalis, auseinander, dass der letztere wohl bei Aenderung der Körperhaltung sich bald hier, bald da in der Umgebung des Gehirns stärker ansammle. Luys habe aber Unrecht, die von ihm geschilderten Bewegungen der Masse des Gehirns beim lebenden Menschen und bei unversehrten knöchernen und häutigen Hüllen anzunehmen. Hadlich.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Sitzung den 14. Juli 1884.

Westphal: **Ueber einen Fall von allgemeiner Paralyse mit spinaler Erkrankung und Erblindung.** Ein Gymnasiallehrer P. kam im April 1878 zu W. mit allerlei subjectiven Klagen und psychischer Erregtheit hypochondrischen Charakters. Es konnte objectiv nur constatirt werden, dass die Kniephänomene fehlten. Ein leichter Anfall wurde als 14 Tage vorher eingetreten angegeben, bei welchem Pat. vorübergehend auf einer Seite nichts sah und die Namen der Seinigen nicht nennen konnte.

Bei den nachfolgenden Vorstellungen klagte Pat. im December 1878 über taubes Gefühl in den Handflächen; im August 1879 über eine Art Gürtelgefühl und Blitzen vor den Augen, auch jetzt kein objectiver Befund mit Ausnahme des Fehlens des Kniephänomens; im October 1880 Sehschärfe herabgesetzt, Optici heller als normal; im December 1881 Sehschärfe stark herabgesetzt, Optici weiss; im Juli 1882 völlige Blindheit.

Der Gang war stets gut, niemals erhebliche Schmerzen in den Beinen, jedoch die Blasenentleerung etwas erschwert. Die Kniephänomene fehlten immer.

Pat., bei dem hereditäre Anlage zu Nervenkrankheiten nicht nachweisbar war, verheirathet und Vater von 2 gesunden Kindern ist, musste im December 1883, nachdem 4—5 Tage vorher eine heftige Manie mit Grössenwahn ausgebrochen war, in die Charité aufgenommen werden. Die Sprache war leicht zitternd, beide Optici ganz atrophisch, der Gang nicht tabisch. Gewöhnlich steht auch Pat. ruhig und fest; setzt er jedoch die Füsse zusammen und schliesst die Augen, so tritt Schwanken ein. Motorische Kraft gut, Sensibilität nicht zu untersuchen. — Nach etwa 14 Tagen Collaps und Tod.

Die Section ergab chronische Entzündungserscheinungen in den Hirnhäuten. Die Gehirnsubstanz, besonders die graue, stärker injicirt, als normal. Keine Herderkrankung. Arterien z. Th. sklerosirt. Optici atrophisch. — Im Rückenmark graue Degeneration der Hinterstränge vom Hals- bis Lendentheil, und zwar so, dass die Degeneration im Dorsaltheil fast die ganzen Hinterstränge betraf, im Hals- und Lendentheil einen ungefähr den Hinterhörnern parallelen Streifen bildete, welcher die hintere Peripherie nicht erreichte (die Abbildungen wurden vorgelegt). — Die hinteren Wurzeln grösstentheils grau-durchscheinend.

W. hebt hervor, dass der Fall besonders dadurch interessant ist, dass er von den ersten Anfängen an 5 Jahre lang beobachtet wurde. Zuerst anscheinend nur Hypochondrie, aber von Anfang an Fehlen des Kniephänomens, 2—3 Jahre vor Beginn der Manie die Opticus-Atrophie, $1^1/_2$ Jahre vor Ausbruch der Manie völlige Blindheit. Niemals bestand Ataxie, niemals waren deutliche Sensibilitätsstörungen zu constatiren.

Die Reihenfolge der Symptome ist in analogen Fällen oft eine andere, so in einem von W. im Jahre 1881 beschriebenen Falle, wo die Opticus-Atrophie zuerst auftrat, dann die Manie, und wo die bei Aufnahme in's Krankenhaus noch vorhandenen Kniephänomene erst hier allmählich verschwanden. — In einem anderen von Uhthoff erwähnten Falle trat zuerst 1876 Erblindung auf, dann erloschen die Kniephänomene, später stellten sich tabische Erscheinungen ein, und fast 8 Jahre nach der Erblindung Depression, auf welche Manie folgte. In andern Fällen bestand zuerst Hypochondrie bei erhaltenem Kniephänomen, welches nachher erlosch, woran sich später Tabes und Dementia paral. schloss ohne Manie.

Die Untersuchung peripherischer Nerven wird vielleicht Aufschluss darüber geben, ob die heftigen Schmerzen, da wo sie vorhanden sind, durch die Erkrankung dieser und nicht des Rückenmarks bedingt sind.

Was den Zusammenhang von Tabes und Syphilis betrifft, so hat in diesem Falle Syphilis — 1874 — bestanden; objective Zeichen davon konnten weder im Leben, noch bei der Section gefunden werden.

Wichtiger für die Aetiologie des centralen Nervenleidens erscheint W. der Umstand, dass Pat., der keine hereditäre Anlage hatte, von jeher stark excentrisch war.

Interessant ist ferner die Thatsache, dass bei dem ganz blinden Kranken bei Augenschluss Schwanken eintrat; vielleicht ist diese schon öfter beobachtete Thatsache dadurch zu erklären, dass die Aufmerksamkeit durch den intendirten Lidschluss von der Innervation der Beine abgelenkt wird.

Auf die Frage Mendel's, ob die Hirnrinde specieller untersucht sei, da er sie gerade in solchen Fällen von ascendirender Paralyse oft erkrankt gefunden habe,

erwidert W., dass gröbere Veränderungen, wie erwähnt, fehlten, und dass er eine speciellere Untersuchung nicht angestellt habe.

Rosenbach (als Gast): Ueber das Verhalten des Nervensystems im Hungerzustande. Man glaubte bisher im Allgemeinen, dass das Nervensystem vom Einfluss des Hungerns wenig berührt würde. R. stellte deshalb mikroskopische Untersuchungen an Hunden an, die nach 10—31 Tagen Hungerns gestorben waren und $^1/_4$—$^1/_3$ ihres Gewichtes dabei verloren hatten. Die Hirnsubstanz war ödematös, die Ventrikel etwas erweitert; das Fett im Wirbelkanal ganz geschwunden.

Die mikroskopischen Veränderungen bezogen sich am meisten auf die Ganglienzellen, besonders die grossen Zellen im Vorderhorn des Rückenmarks. Die ersten Veränderungen bestanden in einer Art trüber Schwellung, dann atrophirten die Fortsätze, es traten gezackte Ränder und Vacuolen auf, zuletzt völliger Schwund, wobei es zum Auftreten von blassen, structurlosen Gebilden ohne Kern kommt, die sich nicht mehr färben.

Die Gefässe zeigten sich wenig verändert, die Capillaren überfüllt; nur hier und da trat sog. colloides Exsudat auf. Entzündliche Veränderungen fehlten. — An der weissen Substanz des Rückenmarks konnte R. kaum eine geringe Atrophie constatiren.

Am Gehirn fand sich an den Zellen aller Grössen dieselbe Art der Veränderung. — Aethyläther veränderte die Nervenzellen etwas, löste sie aber nicht auf.

An den Zellen des Sympathicus trat ein eigenthümliches Blasserwerden auf.

Was die Natur des Prozesses betrifft, so kann ihn R. wegen des Fehlens der entzündlichen Erscheinungen nicht für Myelitis oder Poliomyelitis halten, sondern für eine primäre parenchymatöse Veränderung.

Um dem Einwurf, dass es sich um postmortale Dinge handele, zu begegnen, hat R. Versuche über die elektrische Erregbarkeit der Rinde gemacht und gefunden, dass ceteris paribus nach 9tägigem und längerem Hungern zur Erzeugung minimaler Zuckungen der Rollenabstand etwa um 30 mm verringert werden musste.

Auf die Bemerkung Westphal's, dass er sich nicht recht vorstellen könne, wie der Vortragende an den feinkörnigen Ganglienzellen eine „trübe Schwellung" sicher wahrnehmen könne; er halte das für sehr schwierig — antwortet R., dass er mit dem Worte „trübe Schwellung" nur habe ausdrücken wollen, dass die Zellen etwas getrübt und undeutlicher erkennbar geworden seien. Hadlich.

IV. Bibliographie.

Untersuchungen über den elektrischen Leitungswiderstand des menschlichen Körpers von Fr. Jolly. Festschrift, dargebracht zur Feier des 50jährigen Doctor- und Docenten-Jubiläums seines Vaters. (Strassburg 1884. Karl J. Trübner.)

Jolly hat bei Gesunden und Kranken Widerstandsbestimmungen vorgenommen auf Grund des schon früher von Gärtner und Anderen[1] angewandten Wheatstone'schen Methode, jedoch mit einer etwas modificirten Anordnung der Brücke. Dem Tableau einer stationären Hirschmann'schen Batterie wurden zwei Leitungen eingefügt; der eine Stromzweig ging durch den Kurbelrheostat der Batterie (mit 4110 S.E.) und den eingeschalteten menschlichen Körper; der zweite bestand aus 2 durch Stöpselung einschaltbaren Abtheilungen von variablem Widerstand (einerseits 10—500, andererseits 200—2000 S. E.), durch deren Benutzung das Verhältniss zwischen Rheostat- und Körperwiderstand im ersten Stromzweige beliebig abgeändert werden konnte. In der Regel wurden die Widerstände 20:2000 im

[1] Auch vom Ref., dessen vor ca. 2 Jahren gemachte Versuche (cf. „Die hydroelektrischen Bäder." 1883. S. 8 ff.) Jolly nicht bekannt gewesen zu sein scheinen.

zweiten Stromzweige benutzt, was ein Verhältniss von 1:100 ergab, somit bei Einschaltung des ganzen Rheostatwiderstandes etwas über 400 0000 S. E. im Körper anzeigte; in einzelnen Fällen auch 10:2000 = 1:200, wodurch Messungen bis über 800 000 S. E. möglich gemacht wurden. Als Galvanometer diente das grosse Edelmann'sche Horizontalgalvanometer; Elektroden theils nach Art der Gärtner'schen (unpolarisirbaren), theils die gewöhnlichen Messingplatten, mit Schwamm überzogen und mit Hülfe von Gummibändern befestigt.

In einer ersten Tabelle giebt nun J. den Leitungswiderstand verschiedener Hautstellen bei 10 männlichen — in einer zweiten Tabelle bei 10 weiblichen Personen. Es ergiebt sich daraus u. A. das überraschende Resultat, dass sich diejenigen zwei Hautstellen, denen man bisher allgemein den grössten Widerstand zugeschrieben hat, im Gegentheil durch einen besonders kleinen Widerstand auszeichnen (innere Handflächen und Fusssohlen). Der Gesammtmittelwerth beträgt beispielsweise an den Fusssohlen 25100, an den Handtellern 36100, steigt dagegen am Fussrücken auf 202300, am Handrücken auf 240000, an der Volarfläche des Vorderarms bis auf 337900; er beträgt an den Wangen noch immerhin 60150, an den Schläfen 100,750. Weiber zeigten merkwürdigerweise an Schläfen und Wangen grössere, sonst überall geringere Leitungswiderstände als Männer. Charakteristische Altersdifferenzen liessen sich dagegen nicht wahrnehmen; bei beiden Geschlechtern wurden die höchsten Widerstände in der Schläfengegend bei den ältesten Individuen gefunden. — Die Thatsache, dass trotz des relativ geringen Leitungswiderstandes an Händen und Fusssohlen der Galvanometerausschlag bei Durchleitung durch diese Theile bekanntlich geringer ist, als an anderen Hautstellen, kann nach J. nur dadurch erklärt werden, dass der durchgeleitete Strom den Widerstand an verschiedenen Hautstellen in verschiedener Weise beeinflusst, und dass die Nadelablenkung ein Bild dieses ungleichartig geänderten, nicht aber des ursprünglichen Widerstandes darbietet. Hohlhandflächen und Fusssohlen erfahren nun eine viel geringere Herabsetzung ihres Widerstandes als andere Hautstellen (vielleicht wegen der grösseren Neigung zur Schweisssecretion und dadurch bedingten ständigen Durchfeuchtung). — Weiterhin bestimmte J. durch Controlversuche an von Epidermis entblössten Hautstellen das Verhältniss des Epidermis-Widerstandes zum Widerstande der übrigen eingeschalteten Körperstrecke; dasselbe beträgt für jede Epidermisschicht ungefähr 150:1, der Gesammtwiderstand der Epidermis an Ein- und Austrittsstelle ist also ungefähr 300mal grösser als der des zwischengeschalteten Körpers. — Endlich erörtert J. auch die Frage, wovon die durch den constanten Strom herbeigeführte Widerstandsverminderung bedingt werde? Offenbar kommen hier ausser den physiologischen Stromwirkungen (Erweiterung der Blutgefässe, Secretionszunahme etc.) auch die physikalischen (kataphorischen) Wirkungen wesentlich in Betracht. Dass der Sitz der Widerstandsabnahme nicht — wie Gärtner behauptet — ausschliesslich die Epidermis sei, konnte J. durch Versuche an epidermisfreien Hautstellen am Lebenden nachweisen. Hautröthende Mittel (Senfpapier) und noch mehr schweisstreibende (Pilocarpin) setzen den Widerstand herab; der Inductionsstrom bewirkt ebenfalls Abnahme und zwar im Allgemeinen eine viel geringere, als der constante Strom, an Handteller und Fusssohle aber merkwürdigerweise eine grössere.

Die Jolly'schen Beobachtungen und Angaben dürften wohl dazu berufen sein, den Ausgangspunkt für weitere Untersuchungen auf diesem Gebiete, namentlich auch nach der pathologischen Seite hin, zu bilden. Sie seien daher der Aufmerksamkeit der Elektrotherapeuten und Neuropathologen bestens empfohlen.

A. Eulenburg.

Untersuchungen über die Semiologie des Harns, ein Beitrag zur klinischen Diagnostik und zur Lehre vom Stoffwechsel von W. Zülzer. Berlin 1884. (G. Hempel.)

Z. fasst in diesem Werke die Resultate seiner früheren Untersuchungen über die semiotische Bedeutung der Harnbeschaffenheit und ihre Beziehungen zum Stoffwechsel, sowie auch die inzwischen von anderer Seite veröffentlichten Arbeiten auf diesem Gebiete in übersichtlicher Weise zusammen. Es handelt sich dabei bekanntlich um die Bestimmungen des Gesammtstickstoffes einerseits, der Mineralbestandtheile andererseits, und deren relatives Verhältniss; diese Bestimmungen bilden nach des Verf. eigenem Ausdruck „gewissermaassen das Gerüst, durch dessen Darstellung die Zusammensetzung des Harns mit hinreichender Deutlichkeit skizzirt werden kann." Eine sehr anschauliche Probe davon liefert die dem Werke beigegebene Farbentafel; dieselbe zeigt auf der einen Seite die charakteristische Gruppirung des Stickstoffes und der Aschenbestandtheile in den wichtigsten Geweben (Muskelfleisch, Blut, Gehirn) — auf der anderen die Gruppirung eben derselben Bestandtheile im Harn bei Fütterungen mit den entsprechenden Geweben.

Von besonderem Interesse für die Nerven-Physiologie und Pathologie ist der vierte Abschnitt des Buches: „Die Harnqualität bei Zuständen mit Steigerung oder Herabsetzung des Stoffumsatzes im Nervengewebe" (S. 57 bis 89). Z. weist nach, dass vom Nervengewebe aus im Zustande der gesteigerten Erregbarkeit (Excitation) die Stoffabgabe vermindert, und dass sie dagegen bei abnehmender nervöser Erregbarkeit (Depressionszuständen) erhöht wird. Als die für den Stoffumsatz im Nervengewebe charakteristischen Harnbestandtheile gelten vorzugsweise die Phosphorsäure, resp. Glycerinphosphorsäure, die Kali- und Kalksalze; unter Berücksichtigung der relativen Mengenverhältnisse lässt sich daher derjenige Theil dieser Harnbestandtheile, welcher aus dem Nervengewebe oder aus dem zu seiner Ernährung unmittelbar vorbereiteten Material herzuleiten ist, von dem sondern, der aus anderen Körpergeweben herstammt.

„Ausnahmslos" zeigt sich nun bei Excitationszuständen die relative Menge der specifischen Producte des Stoffwechsels, namentlich P_2O_5, vermindert, bei Depressionszuständen dagegen erhöht. Das Nervengewebe verhält sich in dieser Beziehung verschieden von anderen Weichtheilen (Drüsen, Muskeln), in denen während der Ruhe die Stoffabgabe vermindert, während der Thätigkeit dagegen vermehrt ist.

Von den der obigen Anschauung zur Stütze dienenden Versuchen seien nur folgende hervorgehoben: a) Läsionen des Gehirns veranlassen eine relative Vermehrung der P_2O_5 und des K im Harn (Zülzer). b) Unter Einwirkung der Nervina depressoria, wie Chloroform, Aether, Morphin, Chloral etc. wird die relative Menge der P_2O_5 im Ganzen, sowie der gebundenen (Glycerin-)Phosphorsäure bedeutend vermehrt (Zülzer; Eulenburg und Strübing) — während dagegen nach Application von Excitantien namentlich die relative Menge der P_2O_5 weit unter die normale Höhe sinkt (Zülzer, Eulenburg und Strübing, Storch und Panum, Cazeneuve). Auch der constante Strom bewirkt bei sehr langer Application eine bedeutende Erhöhung der relativen Phosphorsäuremenge im Harn, bei Sinken der Stickstoffmenge und der gesammten Fixa (Versuche an Hunden von Bokai); dies ist wenigstens das Verhalten beim normalen Thiere, selbst unter verschiedener Fütterung, während es beim Hungerthiere gerade entgegengesetzt ist. — Die fortgesetzte Beobachtung einer Kataleptischen (Strübing) zeigte, dass dem kataleptischen Anfalle jedesmal eine Abnahme der relativen Menge der P_2O_5 entsprach — um so bedeutender, je stärker der Anfall — und dass sie nach Ablauf jedes Anfalls sich wieder vermehrte. Fast genau dasselbe Verhalten zeigt der Harn unter dem Einfluss hypnotischer Zustände, artificiell herbeigeführter Katalepsie (Brock). — Die erregende Wirkung der Wärme und die herabsetzende der Kälte spiegelt sich auf entsprechende Weise

in der Harnqualität (Zülzer). Auch die Veränderungen während der Entbindung (Winckel) sind mit der gemachten Voraussetzung übereinstimmend; nämlich Abnahme der relativen P_2O_5 in dem Maasse, wie die vorschreitende Geburt eine grössere Anstrengung erheischt — erst nach Beendigung der eigentlichen Geburtsarbeit wieder eine Zunahme.

Von Wichtigkeit sind ferner die Untersuchungen, welche Lépine speciell bei einigen schweren Gehirnerkrankungen (Epilepsie aus verschiedenen Ursachen; progressive Paralyse auf syphilitischer Basis; Hirntumor) und Zülzer selbst in 2 Fällen von Tabes dorsalis angestellt haben. Die sich aus diesen Beobachtungen ergebenden Schlüsse werden von Z. folgendermaassen zusammengefasst: 1) Bei gewissen Fällen von Epilepsie wird in der Zwischenzeit zwischen den Anfällen der relative Werth der P_2O_5 niedriger als in der Norm. 2) Er steigt unmittelbar nach einem Anfalle sehr bedeutend. 3) Zuweilen tritt auch eine Steigerung der relativen P_2O_5 (im 24stündigen Harn) ein, ohne dass ein Anfall nachfolgt, aber nur dann, wenn die Anzeichen eines solchen vorhanden sind. 4) Bei den mitgetheilten Fällen von Hirntumoren erscheint die relative P_2O_5 im Ganzen und gleichzeitig auch die an Erden gebundene vermehrt; letzteres deutet wahrscheinlich auf gesteigerte Ausscheidung der Knochensalze. 5) In dem Lépine'schen Falle mit paralytischen Erscheinungen nach Syphilis ist der relative Werth der P_2O_5 vermindert und steigt nach der Behandlung mit Jodkalium. 6) Bei Tabes dorsalis ist im Nacht- und Vormittagsharn, also in denjenigen Harnportionen, die am wenigsten von der eingeführten Nahrung beeinflusst werden, der relative Werth der P_2O_5 und des K, ebenso wie die Menge der gebundenen (Glycerin-)Phosphorsäure im Harn vermehrt. Auch der Kalk erscheint relativ vermehrt, jedoch ist diese Vermehrung nicht excessiv, wie in Fällen, wo das Knochengewebe selbst viel Kalk verliert, sondern lediglich dem Verhalten bei Fütterungen mit grösseren Quantitäten von Nervensubstanz entsprechend.

Es wäre zu wünschen, dass die von Z. angebahnten Untersuchungen, die sich somit bereits als verwerthbar für die Semiotik einzelner neuropathologischer Zustände (Epilepsie, Katalepsie) herausgestellt haben, recht bald eine ausgedehntere Verwendung namentlich bei Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks finden möchten; ebenso auch bei der medicamentösen Darreichung von Arzneimitteln, welche excitirend oder deprimirend auf das Nervensystem wirken, und bei den verschiedenen elektrotherapeutischen Applicationen. Hier bieten sich offenbar Aufgaben, für deren Anregung und methodologisch-technische Grundlegung wir den fleissigen, wohl noch nicht überall nach ihrem vollen Werthe geschätzten Arbeiten Z.'s zu grossem Danke verpflichtet sein müssen.

A. Eulenburg.

V. Vermischtes.

Zu dem Kapitel über Kunstproducte, die als pathologische Veränderungen angesehen werden, giebt Tschisch im letzten Heft von Virchow's Archiv (Bd. 97. H. 1. S. 173) einen interessanten Beitrag. Danillo, Erlitzky u. A. hatten im Hirn und Rückenmark bei Paralytikern, bei Thieren, die mit Arsen, Quecksilber etc. vergiftet waren, Pigmentanhäufungen beschrieben, auch Tschisch in seiner Dissertation (cf. Neurol. Ctrlbl. 1883. S. 343).

Nach den weiteren Versuchen des Letzteren zeigt sich nun, dass diese Pigmentanhäufungen Kunstproducte sind, die durch die Erlitzky-Härtungsflüssigkeit ($1^1/_2$—2% Kalium bichrom., $^1/_2$% Cupr. sulf.) entstanden sind.

M.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Professor Dr. E. Mendel

zu Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 15. August. No. 16.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** Ueber die neuropathischen Symptome der Lepra von **P. Rosenbach.**

II. Referate. Experimentelle Physiologie. 1. Zur Kenntniss der motorischen Functionen des Lendenmarkes der Taube von **Singer.** 2. Sulla sensibilità delle parti private della pelle, nota del **Lussana.** — Pathologische Anatomie. 3. Difetto porencefalico in individuo emiplegico dall'infanza e con arresto di sviluppo degli arti del lato emiplegico pel **Bianchi.** 4. Ueber Neuritis bei Herpes Zoster von **Dubler.** 5. Gangrène sèche et nerfs périphériques par **Vaillard.** — Pathologie des Nervensystems. 6. Sur l'origine corticale du Facial inférieur par **Raymond.** 7. Ein Fall von Hirnhämorrhagie in das Corp. callosum von **Erb.** 8. Case of nodular tumor of the corpus callosum by **Guire.** 9. Ueber einen Fall von combinirten posthemiplegischen, motorischen Reizungserscheinungen von **Nothnagel.** 10. Ueber den sog. Kopftetanus von **Güterbock.** 11. Ueber die progressiven spinalen Amyotrophien von **Kahler.** 12. Pachymeningitis interna hypertrophica by **Munson.** 13. Ein Fall von „spastischer" amyotrophischer Bulbärparalyse complicirt mit amyotrophischer Lateralsklerose von **Blumenthal.** 14. Ueber doppelseitig fortschreitende Gesichtsatrophie von **Wolff.** 15. Note sur un nouveau cas de pied tabétique par **Féré.** 16. Ataxie locomotrice etc. par **Boyer.** 17. Nogle ord om den glatte form af spedalskhed fra et nevropatologisk standpunkt af **Leegaard.** — Psychiatrie. 18. Ueber die Erscheinungen des partiellen Bewusstseins von **Ssikorsky.** 19. Ueber den sog. „spastischen Symptomencomplex" bei der progressiven Paralyse von **Zacher.** 20. On cases of general paralysis with lateral sclerosis of the spinal cord by **Savage.** 21. Clinical illustrations of puerperal insanity by **Clark.** — Therapie. 22. Heilung einer langanhaltenden Neuralgie des N. ulnaris durch Einspritzungen von Osmiumsäure von **Turner.** 23. On the treatment of epileptiform neuralgia or the so-called incurable facial tic by **Walsham.** 24. Gerbsaures Cannabin als Hypnoticum von **Pusinelli.** 25. Notiz über Anwendung der Osmiumsäure gegen Epilepsie von **Wildermuth.** 26. Case of Insanity of seven years duration: treatement by electricity by **Robertson.**

III. Aus den Gesellschaften. — IV. Personalien. — V. Vermischtes.

I. Originalmittheilungen.

Ueber die neuropathischen Symptome der Lepra.

Von Dr. med. **P. Rosenbach** in St. Petersburg.

Obgleich der Aussatz gewöhnlich den Hautkrankheiten zugezählt wird, so spielt doch nicht selten die Hautaffection im Krankheitsbilde eine ganz untergeordnete Rolle, und die Patienten suchen häufig ärztliche Hülfe wegen anderer Erscheinungen, die vorzüglich neuropathischer Natur sind. Ein solcher Fall gelangte unlängst zu meiner Beobachtung:

Frau K., 25 Jahre alt, klagt hauptsächlich über Verlust der Empfindung und Motilität an den Händen, wodurch sie der Arbeitsfähigkeit beraubt wird. Die Untersuchung ergab folgenden Status praesens.[1]

Patientin ist mittleren Wuchses, regelmässig gebaut, anämisch und abgemagert. Die Rückenhaut ist mit einer Menge von Flecken besäet, die verschiedene Farbennüancen aufweisen — weiss, gelb, bräunlich und roth. An den meisten Flecken sind die Ränder intensiver verfärbt, und in der Richtung zur Mitte nimmt die Färbung ab, indem sie hier zuweilen ganz fehlt. Einige Flecken sind mehr oder weniger regelmässiger, ovaler oder runder Gestalt, von Groschen- bis Thalergrösse; andere dagegen sind von unregelmässigen, gezackten Linien begrenzt. Auch am Schultergürtel und am Gesäss ziehen gelb-bräunlich verfärbte Streifen, deren Enden allmählich die gesunde Hautfarbe annehmen. An anderen Körperstellen ist keine pathologische Pigmentbildung wahrzunehmen, mit Ausnahme der Brustdrüsen, deren Hautbedeckung auch vereinzelte Flecken mit gelbbraunen gezackten Rändern aufweist. In morphologischer Hinsicht ist die Haut in der Ausdehnung der meisten Flecken unverändert, nur an einigen derselben erscheint sie anormal trocken und sklerosirt, an anderen hinwieder merklich dünn, atrophisch. Im Bereiche der Flecken ist die Schmerzempfindlichkeit bedeutend herabgesetzt: Patientin fühlt hier keinen Schmerz bei Nadelstichen und den heftigsten Inductionsströmen, während sogar schwächere Reize unmittelbar ausserhalb des Fleckenrandes Schmerz und reflectorische Bewegungen hervorrufen. Auch thermischen Reizen gegenüber ist die Sensibilität im Bereiche der Flecken herabgesetzt, das Tastgefühl jedoch vollkommen erhalten, und Tastempfindungen werden daselbst genau localisirt.

Im Gesicht ist die Hautfarbe normal, doch am Kinn, den Wangen und Ohren ist die Sensibilität bedeutend abgestumpft, im Vergleich zu derjenigen der Stirn, des Halses und der Brust. Seitens der Augen besteht geringer Strabismus und frequentes krampfhaftes Blinzeln, besonders am rechten Auge.

An den Oberextremitäten fesselt die Aufmerksamkeit zuvörderst eine Difformität beider Hände, die mit dem Bilde der progressiven Muskelatrophie grosse Aehnlichkeit bietet: Thenar und Hypothenar sind abgeflacht, zwischen den Metacarpalknochen tiefe Furchen, die Finger klauenartig verbogen (main en griffe). Die Atrophie der Interossei und anderen kleinen Handmuskeln ist linkerseits bedeutend stärker entwickelt, als rechts. Am Antibrachium, ebenfalls vorzüglich dem linken, ist die Atrophie geringer und hat die ganze Musculatur mehr gleichmässig befallen. Die Motilität der Finger ist äusserst erschwert, und Pat. kann sie activ weder vollständig ausstrecken, noch beugen. Die elektrische Erregbarkeit der Handmuskeln, sowohl dem faradischen als galvanischen Strom gegenüber ist merkbar herabgesetzt, aber Entartungsreaction lässt sich nicht nachweisen, und KaSZ > AnSZ. Percussion der Bicepssehne ergiebt eine kräftige Contraction des Muskels. Die Fingergelenke sind angeschwollen, die sie bedeckende Haut, wie an der Volarfläche überhaupt, sklerosirt und trocken, ihre

[1] Patientin wurde von mir in der März-Sitzung der St. Petersburger psychiatrischen Gesellschaft demonstrirt.

Temperatur merkbar herabgesetzt. Es finden sich hier zahlreiche Narben — die Folge traumatischer Läsionen, die Patientin sich wegen ihrer Analgesie oft zuzieht. Nadelstiche sind im Gebiet der Hand und des Antibrachium ganz schmerzlos; auch faradische Ströme verursachen hier nur bei hoher Intensität Schmerz; bei Application von Strömen mittlerer Stärke an die Hände empfindet Patientin nur ein Hitzegefühl, während dieselben an anderen Hautstellen heftigen Schmerz bewirken. Die Analgesie nimmt in der Richtung zur Schulter allmählich ab, doch die normale Sensibilität stellt sich erst ausserhalb der oben erwähnten pigmentirten Streifen wieder ein. Das Gefühl für thermische und Tastreize ist an den Fingern und der Vola manus ebenfalls merkbar herabgesetzt, aber in der Armregion werden tactile Reize genau localisirt.

An den Unterextremitäten, deren Haut, wie erwähnt, nichts Pathologisches erkennen lässt, ist das Schmerzgefühl vollständig verloren. Man kann eine Nadel tief in die Musculatur hineinsenken, man kann die stärksten, funkengebenden Inductionsströme appliciren, ohne dass Patientin Schmerz empfindet. Sie bemerkt selbst, dass man ihr die Füsse abschneiden könnte, ohne ihr Schmerz zu verursachen, und an den Schenkeln finden sich einige von Brandwunden herstammende Narben, die von Patientin unbeachtet geblieben waren. Tastgefühl und Raumsinn dagegen weichen an den Unterextremitäten nicht von der Norm ab. Die Analgesie erstreckt sich gleichmässig auf die ganze Oberfläche der Unterextremitäten, vorn bis an die Bauchgegend, hinten bis an das Gesäss. Die Hautbedeckung selbst bietet keine Veränderungen, an den Muskeln ist keine Atrophie wahrzunehmen, und das Verhalten letzterer gegen elektrische Reizung ist normal, abgesehen von einer geringfügigen Herabsetzung ihrer Erregbarkeit. Am linken Fuss besteht im Gebiet der zwei inneren Zehen eine Phlegmone mit Ausgang in Gangrän: an einigen Stellen ist die Haut durchbrochen und aus den dadurch entstandenen Geschwüren entleert sich ichorrhöser Eiter. Die Kniephänomene sind beiderseits in bedeutendem Maasse gesteigert, doch Clonus lässt sich nicht erzeugen. Der Gang bietet nichts Abnormes; Patientin klagt nur über leichte Ermüdbarkeit. Schluss der Augen hat keine Gleichgewichtsstörung zur Folge.

Seitens der inneren Organe der Brust- und Bauchhöhle liegen keine pathologischen Veränderungen vor. Patientin giebt an, sehr selten und wenig zu schwitzen und ein beständiges Kältegefühl im ganzen Körper zu haben; andere subjective Symptome sind nicht vorhanden. Psychischerseits nichts Abnormes.

Die Anamnese ergab Folgendes: Die Krankheit hatte vor mehr als 5 Jahren angefangen sich allmählich zu entwickeln, ohne jegliche acute Erscheinungen. Zuvörderst bildeten sich an der Hautbedeckung der Unterextremitäten Flecken von der Art, wie sie gegenwärtig auf dem Rücken bestehen. Diese Flecken nahmen mit der Zeit an Ausdehnung zu, und je mehr sie sich zur Peripherie ausbreiteten, um so mehr schwand die pathologische Färbung im Centrum, indem zugleich im entsprechenden Gebiete Analgesie sich einstellte. Im Laufe einiger Jahre hatten sich die Ränder der Flecken bis an den Rumpf verschoben, während die Hautbedeckung der Unterextremitäten ihr normales Aussehen wieder

gewann, doch vollständig unempfindlich für Schmerzreize geworden war. Vor 3 Jahren gesellte sich zu diesen Erscheinungen allmähliche Abmagerung und Difformität der Oberextremitäten hinzu, begleitet von Beeinträchtigung ihrer Sensibilität; zu gleicher Zeit begann auch die Fleckenbildung am Rücken. In der Ascendenz der Patientin war angeblich keine ähnliche Erkrankung vorgekommen; ihre Eltern sind an zufälligen acuten Krankheiten verstorben, ihre Geschwister gesund. Patientin selbst will auch früher niemals krank gewesen sein.

Die wesentlichsten Krankheitserscheinungen kurz resumirend finden wir: vollständige Analgesie an den Unterextremitäten bei erhaltenem Tastgefühl, Herabsetzung des Schmerz- und Tastgefühls an den Oberextremitäten, am Rücken im Gebiet der Flecken und an der unveränderten Gesichtshaut; Atrophie der kleinen Muskeln an beiden Händen nebst Ernährungsstörungen der Haut und der Fingergelenke; eigenthümliche, von Ernährungsstörung der Haut begleitete Pigmentanomalien, die gegenwärtig am Rücken zerstreut sind, jedoch zuerst im Anfang der Krankheit an den Unterextremitäten aufgetreten waren; Steigerung der Kniephänomene; gangränöse Affection zweier Fusszehen; schliesslich Fehlen jeglicher Lähmungserscheinungen und Gleichgewichtsstörungen.

Die Gesammtheit der geschilderten Krankheitssymptome in Verbindung mit der Geschichte des Krankheitsverlaufs lässt nicht daran zweifeln, dass wir einen Fall von Lepra vor uns haben. Bekanntlich unterscheiden die Dermatologen von der sogenannten Lepra tuberosa (tuberculosa s. cutanea), welche vorzüglich durch die Entstehung eigenthümlicher Knötchen an der Körperoberfläche charakterisirt ist, eine andere Form des Aussatzes, in welcher gar keine morphologischen Veränderungen der Hautbedeckung vorkommen, sondern die Hautaffection auf das Auftreten von Flecken (Morphaea rubra, alba, nigra, lardacea etc.) sich beschränkt, in deren Gebiet das Schmerzgefühl schwindet. Diese Krankheitsform wird als Lepra maculosa bezeichnet (Hansen, Hebra, Kaposi u. A.); doch da zuweilen gar keine Fleckenbildung auftritt, sondern die Erscheinungen seitens der Haut ausschliesslich in Analgesien bestehen, — eine Form, die von den erwähnten Autoren als dritte (Lepra anaesthetica) unterschieden wird — sprechen die meisten Dermatologen nur von zwei Formen, indem sie der erstgenannten (L. tuberosa s. cutanea) eine Lepra anaesthetica s. nervorum (s. mutilans) gegenüberstellen.

In unserem Fall sind alle charakteristischen Symptome letzterer vorhanden, weshalb ich eine ausführlichere Begründung der Diagnose für überflüssig halte. Es fehlt nur eine Prodromalerscheinung — die Bildung von Pemphigusblasen, die zuweilen dem Auftreten der Flecken und der Anästhesie vorangeht; übrigens zeichnet sich dieses Symptom keinesfalls durch Beständigkeit aus. In ätiologischer Hinsicht genügt der Umstand, dass Patientin aus Livland (russische Ostseeprovinz) stammt, wo der Aussatz bekanntermeise endemisch herrscht. Jedenfalls darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass auch sporadische Lepraerkrankungen vorkommen, wobei die Krankheit meistens als L. maculosa auftritt.[1]

Im klinischen Bilde unseres Falles verdienen einige Momente besondere

[1] Hebra und Kaposi, Handbuch der Hautkrankheiten. 1881. Bd. II.

Beachtung in neuropathologischer Hinsicht, — zuvörderst die Atrophie der Handmuskeln.

Es erwähnen zwar schon arabische Autoren Muskelatrophie der Oberextremitäten beim Aussatz, und auch Danielssen und Boeck beschreiben in ihrer Monographie als Symptom der anästhetischen Lepra Abflachung der Hände nebst eigenthümlicher Contractur der Finger;[1] doch Duchenne (de Boulogne) hat zuerst auf die Aehnlichkeit der in Rede stehenden Erscheinung mit der progressiven Muskelatrophie aufmerksam gemacht. Dieser Autor theilt 3 Fälle anästhetischer Lepra mit, in denen die Hände Veränderungen aufwiesen, welche benannter Krankheit sehr ähnlich waren.[2] Indessen bemerkt er, dass die ein Symptom der Lepra ausmachende Atrophie der Handmuskeln stets von der echten progressiven Muskelatrophie unterschieden werden könne, indem erstere durch eine eigenthümliche Contractur der Fingerbeuger charakterisirt sei. Indem er die Abbildung einer leprösen Handatrophie mit derjenigen einer echten progressiven Muskelatrophie vergleicht, findet er, dass in ersterem Falle die zwei letzten Phalangen äusserst stark flectirt und dem Daumen zugewendet, im anderen dagegen halbgebeugt (demiflexion) seien.[3] Andere Autoren, die Atrophie der Handmuskeln bei Leprösen beobachteten (Steudener, Rosenthal, Vallin, Lamblin), lassen die von Duchenne angeregte Frage unerörtert. Was unsere Patientin anbetrifft, so entspricht allerdings die Stellung ihrer Finger der von Duchenne gegebenen Beschreibung; doch scheint uns trotzdem kein Grund vorhanden, diese Muskelaffection als wesentlich verschieden von der progressiven Muskelatrophie zu betrachten. In der That, die Atrophie der Handmuskeln beim Aussatz ist gewöhnlich, wie auch in unserem Fall, von trophischen Störungen der Haut und Gelenke begleitet, wovon die Stellung der Finger beeinflusst wird. Bei unserer Patientin ist die Haut an den Fingern und am Handrücken sklerosirt, durch Narbengewebe verunstaltet, die Fingergelenke sind angeschwollen. Andererseits werden auch im Verlauf der progressiven Muskelatrophie Varietäten der Fingerstellung bedingt durch das Stadium der Krankheit und durch individuelle Sonderheiten der Fälle; es ist auch von Bedeutung, dass in der progressiven Muskelatrophie, als deren anatomisches Substrat bekanntermaassen eine Erkrankung der grauen Substanz des Rückenmarks gilt, trophische Störungen nicht selten die Muskelaffection begleiten. In Anbetracht dieser Erwägungen glauben wir zu der Annahme berechtigt zu sein, dass derjenige pathologische Prozess, der die charkteristische Atrophie der Handmuskeln bei Leprösen herbeiführt, mit dem der progressiven Muskelatrophie zu Grunde liegenden identisch ist.

Bezüglich des Verhaltens der Kniephänomene bei Leprösen liegen in der Literatur sehr wenig Angaben vor. Es wäre indessen von grossem Interesse zu ermitteln, ob Steigerung derselben, wie wir sie in unserem Falle gefunden, ein

[1] Danielssen et Boeck, Traité de la Spedalskhed ou élephantiasis des Grecs. Paris 1848. p. 272—273.

[2] Duchenne (de Boulogne), De l'électrisation localisée. Paris 1872. 3-ième édition. p. 546 sq.

[3] Ibidem p. 551.

beständiges Symptom der Krankheit bildet, da dieses Symptom auf Affection des Rückenmarks bezogen werden könnte. Uebrigens dürfte es in dieser Hinsicht von Bedeutung sein, dass diejenigen Autoren, die das Verhalten der Kniephänomene prüften, beim Aussatz stets Steigerung derselben constatirten (Breuer,[1] Rosenthal,[2] Vallin[3]).

Schliesslich verdient in unserem Fall noch der Umstand Beachtung, dass an den Unterextremitäten vollkommene Analgesie besteht, bei vollständiger Intactheit des Tastgefühls und des Vermögens Tastreize genau zu localisiren. Es wird überhaupt nicht bezweifelt, dass das Schmerzgefühl durch eigenthümliche Erregung bestimmter Nervencentren in Folge gewisser Intensität eines äusseren Reizes bedingt ist; und aus dem vollständigen Verlust dieses Gefühls bei Erhaltung des Tastgefühls ist zu schliessen, dass der pathologische Prozess, der eine solche Sensibilitätsstörung herbeiführt, die centralen Apparate des Nervensystems afficirt. Zu Gunsten dieser Annahme spricht auch der Umstand, dass die Hautbedeckung an den Unterextremitäten unserer Patientin keine wahrnehmbaren Veränderungen aufweist, während im Gebiete der Flecken am Rücken sowohl, als an den Oberextremitäten, wo trophische Störungen der Haut zu constatiren sind, nebst dem Schmerzgefühl auch die Sensibilität für Tastreize beeinträchtigt ist.

Also führt uns die Analyse der von unserer Patientin gebotenen Symptome zu der Annahme, dass hier eine Affection des centralen Nervensystems und zwar des Rückenmarks vorliegt. Es fehlen im Krankheitsbilde jegliche Erscheinungen, die auf eine Erkrankung der weissen Rückenmarksstränge zu beziehen wären, und die Affection ist in der grauen Substanz zu suchen, welche bekannter Weise trophische Centren für die bei unserer Patientin befallenen Gewebe enthält. Es ist hier zu bemerken, dass in der Pathologie der Rückenmarksleiden überhaupt Ernährungsstörungen der Haut, der Muskeln und Gelenke keine Seltenheit bilden. Die progressive Muskelatrophie wird, wie schon erwähnt, nicht selten von trophischer Störung der Haut und auch Beeinträchtigung der Sensibilität begleitet; im Verlaufe der Ataxia locomotrix werden die verschiedensten Ernährungsstörungen beobachtet; doch besonders mannigfaltig und häufig sind derartige Erscheinungen bei chronischen, diffusen Affectionen der grauen Rückenmarkssubstanz, die zur Höhlenbildung, zur sogenannten Syringomyelie führen. In der Krankengeschichte solcher Fälle trifft man als beständige Symptome Ernährungsstörung, Blasenbildung, Verschwärung oder Sklerose der Haut, Atrophie der Musculatur, ungleichmässige Beeinträchtigung verschiedener Sensibilitätsarten in den verschiedenen Krankheitsperioden etc. (vgl. die Fälle von Späth-Schüppel, Schultze, Westphal, Fürstner und Zacher u. A.). Die letztgenannten Autoren machen besonders darauf aufmerksam, dass noch im Laufe vieler Monate nach Verlust des Schmerzgefühls das Tastgefühl ihres Patienten unbeeinträchtigt

---

[1] Breuer, Ein Fall von Lepra. Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis. 1880. S. 532.

[2] Rosenthal, Zur klinischen Charakteristik der Lepra anaesthetica. Ibid. 1881. S. 27.

[3] Vallin, Un cas de lèpre hyperesthésique. L'Union médicale. 1880. Vol. 30. p. 893.

war.[1] Es ist dabei selbstverständlich, dass man das Krankheitsbild der Syringomyelie durchaus nicht mit dem Symptomencomplex der Lepra identificiren darf. Einerseits sind im ersteren Fall die bezeichneten trophoneurotischen Störungen von verschiedenen anderen spinalen Symptomen begleitet — Lähmung der Extremitäten, Ataxie, Contracturen, vasomotorischen Störungen etc.; andererseits kann für die Syringomyelie überhaupt keine bestimmte Symptomengruppe aufgestellt werden, da das Krankheitsbild in seinen Details von der topographischen Verbreitung und Ausdehnung der Höhlen, und auch von den durch die Höhlenbildung bedingten secundären Degenerationen abhängt; es ist dies auch der Grund, weshalb die intravitale Diagnose der Syringomyelie auf so grosse Schwierigkeiten stösst. Trotzdem lässt es sich nicht verkennen, dass die neuropathischen Symptome der Lepra im Allgemeinen einer ausgebreiteten Affection der grauen Rückenmarkssubstanz, wie die bei Syringomyelie vorkommende, entsprechen.

Die Sectionsergebnisse Lepröser haben die verschiedenen Autoren zu ganz entgegengesetzten Angaben über die Beziehung des centralen Nervensystems zum Krankheitsprozess veranlasst. Während die Affection der Nervenstämme beim Aussatz als allgemein anerkannt und sichergestellt gelten kann, wurde das Rückenmark häufig intact gefunden, und in Folge dessen eine Affection desselben auch in den Fällen, wo sie vorlag, als secundär und unwesentlich betrachtet. Die Erhellung dieser Frage wird bedeutend erleichtert, wenn man die Angaben für die tuberöse und anästhetische Form der Lepra gesondert analysirt. Schon bei Danielssen und Boek liegt in der Beschreibung des centralen Nervensystems zwischen beiden genannten Formen ein bedeutender Unterschied. Im ersteren Falle fanden die Autoren Oedem (exsudation gélatineuse) der Arachnoidea und seröse Ergüsse in den Hirnventrikeln; ausserdem Ueberfüllung der Venen — „Sachen, die bei vielen anderen Krankheiten vorkommen und bei der tuberösen Lepra einen nur zufälligen Befund ausmachen.“ Im Wirbelkanal war Alles normal, abgesehen von Venenüberfüllung.[2] Bei der anästhetischen Lepra beschränkten sich die Erscheinungen seitens des Gehirns ebenfalls auf Oedem, obgleich zwar in höherem Maasse; im Rückenmark jedoch wurden mit Beständigkeit deutliche Veränderungen angetroffen, und zwar: Verwachsung der Arachnoidea und Pia an der hinteren Fläche des Rückenmarks, wobei die genannten Häute verdickt, getrübt und von gelblichem Exsudat erfüllt waren. Das Gewebe des Rückenmarks selbst erschien hart und atrophisch, die graue Substanz hatte ein schmutzig-gelbliches Aussehen.[3] Angaben über histologische Veränderungen sind in der 1848 erschienenen Arbeit von Danielssen und Boeck nicht enthalten.

Später bestätigte sich das Fehlen pathologischer Veränderungen im Rückenmark bei der tuberösen Lepra, und diejenigen Autoren, die eine wesentliche Betheiligung des centralen Nervensystems an der leprösen Affection überhaupt bestreiten, stützen sich hauptsächlich auf diesen Umstand, indem sie die bei der

[1] Fürstner und Zacher, Zur Pathologie und Diagnostik der spinalen Höhlenbildung. Arch. f. Psychiatrie. 1888. Bd. XIV. S. 449.

[2] Danielssen et Boeck, l. c. p. 228

[3] Ibidem p. 283—285.

anästhetischen Lepra beschriebenen Veränderungen des Rückenmarks als nebensächlich betrachten.[1] Diese Anschauung erfreute sich früher einer solchen Verbreitung, dass Steudener, der in einem Fall anästhetischer Lepra ausser ausgebreiteter Neuritis eine spaltförmige Höhlenbildung im Rückenmark vorfand, welche fast in der ganzen Längenausdehnung desselben vorzüglich das Gebiet der Hinterhörner einnahm, diesen Befund bei seiner Patientin als eine zufällige Complication bezeichnet, die symptomlos verlaufen sei.[2] Indessen wurde Erweichung der grauen Substanz im Gebiet der Hinterhörner bei anästhetischer Lepra auch von Langhans gefunden, der bereits die wesentliche Bedeutung der spinalen Affection in dieser Krankheitsform hervorhebt.[3] Tschirjew hat ebenfalls im Rückenmark eines leprösen Subjects Verringerung der Anzahl und Veränderung der Gestalt der Nervenzellen in den Hinterhörnern beschrieben.[4] Prof. Rosenthal, der die erwähnten pathologisch-anatomischen Befunde zusammenstellt, hat sogar eine besondere Benennung — „Poliomyelitis posterior chronica" — für diejenige Affection des Rückenmarks vorgeschlagen, die der anästhetischen Form der Lepra zu Grunde liegt.[5] Wir glauben, dass die bisher vorhandenen Angaben nicht genügend sind, um die Aufstellung einer solchen anatomischen Erkrankungsform zu rechtfertigen, obgleich sie unzweifelhaft im Allgemeinen mit dem klinischen Bilde der anästhetischen Lepra in Einklang steht; im Besonderen wäre es dann leicht, die häufige Complication letzterer mit den Erscheinungen progressiver Muskelatrophie durch Uebergreifen der Erkrankung auf die Vorderhörner der grauen Substanz zu erklären.

Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Sectionen Lepröser ausser den bezeichneten Befunden auch pathologische Veränderungen der Meissner'schen und Pacini'schen Hautkörperchen, der Pacini'schen Körperchen im Mesenterium, des Gangl. Gasseri etc. ergeben haben. Andererseits ist das klinische Bild der anästhetischen Lepra durchaus nicht durch solche Symptome erschöpft, die auf eine Affection der Hinterhörner des Rückenmarks allein bezogen werden können. So wird nicht selten an Leprösen Lähmung des N. facialis beobachtet; die Casuistik der in Rede stehenden Krankheit bietet Beispiele, wo der Entwickelung des charakteristischen klinischen Bildes Hyperästhesien, Paraplegien, Coordinationsstörungen etc. vorangingen; in unserem Fall bestanden auch krankhafte Erscheinungen seitens der Augen und Herabsetzung der Sensibilität am Gesicht. In Folge dessen scheint uns die Annahme der Wirklichkeit mehr zu entsprechen, dass der anästhetischen Lepra eine verbreitete Affection verschiedener Gebiete des centralen Nervensystems zu Grunde liegt, wobei der Erkrankung der grauen Rückenmarkssubstanz eine hervorragende Bedeutung zukommt.

---

[1] Neisser, Die chron. Infectionskrankh. der Haut. Ziemssen's Hdb. der spec. Pathol. u. Therapie. 1883. Bd. XIV. S. 638.

[2] Steudener, Beiträge zur Pathologie der Lepra mutilans. Erlangen 1867. S. 37.

[3] Langhans, Zur Casuistik der Rückenmarksaffectionen. Virchow's Archiv. 1875. Bd. 64. S. 178.

[4] Tschirjew, Lésions de la moëlle épinière et de la peau dans un cas de lèpre anesthésique. Arch. de physiol. 1879. t. VI. p. 614—622.

[5] Rosenthal, l. c. S. 32.

II. Referate.

Experimentelle Physiologie.

1) **Zur Kenntniss der motorischen Functionen des Lendenmarkes der Taube** von Dr. J. Singer in Prag. (Sitzungsberichte d. Akad. d. Wissensch. zu Wien. 1884. März.)

Bezugnehmend auf die Vorarbeiten von Goltz, Freusberg und Luchsinger studirte Verf. an der Taube nach Durchschneidung des Rückenmarks zwischen Dorsal- und Lumbaltheil die verbleibenden Functionen des letzteren resp. seine Selbstständigkeit.

Die Erscheinungen an den Beinen zeigten eine ziemlich vollständige Analogie mit den beim Hunde von Freusberg gefundenen. Abgesehen von den sehr starken Reflexen aller Art, welche von den verschiedensten leichten Reizen — Bewegungen etc. — ausgelöst werden, beobachtete S. besonders Folgendes: Die in die Höhe gehobenen Thiere halten die Beine meist leicht flectirt; drückt man nun die Zehen des einen Beines, so wird dieses flectirt, das andere gleichzeitig gestreckt. Führt man vorsichtig die passive Beugung und Streckung eines Beines aus, so macht das andere gleichzeitig umgekehrt activ Streckung und Beugung, so oft man will.

Bei im Laufe der Zeit eintretender Zunahme der Reflexerregbarkeit erfolgen schon durch das blose Aufheben der operirten Thiere die alternirenden Bewegungen der Beine und zwar bis 120mal in der Minute.

Hemmung der Reflexe durch starke faradische Ströme — wie Goltz und Freusberg bei Hunden fanden — konnte S. bei den Tauben nicht erzielen.

S. schildert sodann eigenthümliche Reflexbewegungen der Steuerfedern des Schwanzes, welche eintraten bei gewissen Veränderungen der Körperhaltung der Tauben, z. B. auch beim Hin- und Herschwingen derselben auf einem schwingenden Seile. S. betont auch noch besonders, dass überhaupt die Beine der Taube nach vollständiger Rückenmarksdurchschneidung nicht schlaff gelähmt, sondern fast stets mehr oder weniger stark innervirt sind, entweder beide flectirt, oder das eine flectirt, das andere gestreckt: selbstständige Innervation vom abgetrennten Lendenmarke aus.

Die rhytmischen Bewegungen der Beine erklärt S. im Anschluss an Freusberg als verursacht durch centripetale, nach dem Contractionszustande der Muskeln der betreffenden Extremität wechselnde, von den sensiblen Nerven der Haut, der Gelenke und der Fascien dem Centralorgane zugehende Erregungen. Er führt hierbei an, dass Schröder van der Kolk schon 1847 darauf aufmerksam gemacht hat, dass, wenn ein Rückenmarknerv Bewegungsäste an Muskeln abgiebt, seine Gefühlsäste nach jenem Theile der Haut verlaufen, welcher durch die nämlichen Muskeln bewegt wird. Werden nun z. B. durch eine passive Beugung eines Beines gewisse sensible Erregungen dem Rückenmark zugesendet, so lösen diese eine active Beugung des Beines aus, und letztere wieder vermittelst eines Reflexmechanismus eine gleichzeitige Streckung des anderen Beines. Dieser betreffende Mechanismus muss als eigenthümlich für die Tauben mit schreitendem Gange angesehen werden, während er z. B. für hüpfende Vögel ein anderer sein muss (Versuche hierüber stehen noch aus).

Es sei auch der Umstand hervorzuheben, dass es immer schwache Reize sind, welche bei den operirten Thieren die fraglichen Bewegungen auslösen, während starke Reize nur die sog. „pathischen" Reflexe hervorrufen. — Luchsinger hat das Gleiche auch schon für den von ihm gefundenen Trabreflex hervorgehoben.

Unzweifelhaft erhellt aus Allem die grosse Selbstständigkeit des Rückenmarks, und die Richtigkeit der Ansicht von Volkmann und Schröder v. d. Kolk, dass die Coordination der Bewegungen im Rückenmark geschieht, und nicht im kleinen Gehirn.

Hadlich.

2) Sulla sensibilità delle parti private della pelle, nota del Prof. F. Lussana. (Archiv. italiano per le mal. nervose ecc. 1884. XXI. p. 271.)

Verf. hat einige Versuche Weber's, welche dieser 1856 über das Empfindungsvermögen an Körperstellen, welche der normalen Haut beraubt sind, angestellt hat, zu wiederholen Gelegenheit gehabt, und zwar bei einer 45jährigen Frau, die vor etwa 35 Jahren einen enormen Substanzverlust der Haut auf der Aussenseite des rechten Unterschenkels erlitten hatte.

Abgesehen von einer Zone, in der absolute Anästhesie für alle Qualitäten der Empfindung herrschte und die dem Verbreitungsbezirk der an der Verletzungsstelle im subcutanen Gewebe verlaufenden Hautnervenäste entsprach, wurden Berührungen überall empfunden; die Empfindungskreise waren indess abnorm gross, indem selbst auf 10 cm Distanz zwei Berührungen stets nur für eine erklärt wurden. In demselben Bezirke war die Empfindung thermischer Differenzen ganz aufgehoben. Extreme in der Temperatur riefen einfache Schmerzempfindungen ohne jedes Wärme- oder Kältegefühl hervor. Verf. glaubt daraus schliessen zu dürfen, dass zur allgemeinen Empfindung einer Berührung und zur Schmerzperception keine normale Haut mit ihrem Papillarkörper und den specifischen Nervenendigungen vorhanden sein müsse, Muskeln und Fascien könnten daher, auch wenn sie blossgelegt seien, Schmerz und Berührung empfinden. Ferner dass das Muskelgefühl durch Zerstörung der Haut und ihrer Nerven in keiner Weise modificirt werde, und dass das Schmerzgefühl nicht eine einfache Steigerung der Berührungsempfindung, sondern eine ganz unabhängige Perception sei, die auch dem tieferen Gewebe zukomme. Sommer.

Pathologische Anatomie.

3) Difetto porencefalico in individuo emiplegico dall'infanza e con arresto di sviluppo degli arti del lato emiplegico pel Prof. L. Bianchi. (La Psichiatria. 1884. II. p. 97.)

Ein neuer Fall von angeborener „Porencephalie" ohne hydrocephale Residuen bei einem 73jährigen Greise. Völlige Lähmung der rechtsseitigen Extremitäten mit Atrophie und Contractur des rechten Arms seit der frühesten Kindheit. Die Psyche scheint intact gewesen zu sein, da der geringe Grad von Schwachsinn, der bei der ärztlichen Untersuchung $1^1/_2$ Jahr vor dem Tode des Pat. beobachtet wurde, wahrscheinlich als senil anzusehen war. Sinnesorgane und Sprache völlig normal; in der Gesichtsmusculatur übrigens keine Spur einer Lähmung. Tod an Marasmus.

Schädel symmetrisch. Dura etwas verdickt, Pia leicht ödematös. Hirngewicht ohne Häute 960, linke Hemisphäre 380, rechte 435, Klein- und Mittelhirn 145 Gramm. Auf der linken Convexität — abgesehen von zahlreichen kleineren Windungsanomalien, derentwegen auf die dem Original beigegebenen Zeichnungen verwiesen werden muss — ein spaltenartiger Defect, der die beiden oberen Drittheile der beiden Centralwindungen fast in ihrer ganzen Ausdehnung betrifft; auf der rechten Convexität ein ähnlicher Defect, der aber nur das obere Drittel beider Centralwindungen einnimmt. Beide stehen durch einen rundlichen Kanal mit dem Seitenventrikel in weiter Verbindung. Hochgradige Kleinheit der rechtsseitigen Pyramide. Es besteht also ein mächtiger Defect des linken motorischen Rindenfeldes und der entsprechenden Pyramidenbündel; der kleinere Defect auf der rechten Hemisphäre scheint keine specifischen Symptome hervorgerufen zu haben.

Als Ursache dieser Anomalien ist eine intrauterine Entwickelungshemmung anzunehmen; die Oberfläche des Defectes gleicht der normalen Hirnrinde im embryonalen Zustande — die grossen Pyramidenganglienzellen sind gar nicht zur Ausbildung gelangt. Nirgends ist eine Spur von Narbengewebe, Sklerose oder Pigmentirung,

wie sie doch bei entzündlichen oder hämorrhagischen Processen zu erwarten wäre; auch fehlen alle Hydrocephalusresiduen.

Bemerkenswerth ist in symptomatologischer Hinsicht die anscheinend unbeeinträchtigt gebliebene Intelligenz, das Fehlen linksseitiger Paralysen, und die normale Sprache: freilich ist die 3. Stirnwindung und der Fuss beider Centralwindungen ziemlich intact. Auch das hohe Alter, das Pat. erreicht hat und die Duplicität des Defectes ist ungewöhnlich.

Die beigegebenen Abbildungen sind recht übersichtlich. Sommer.

---

4) Ueber Neuritis bei Herpes Zoster von Dubler. (Virchow's Archiv. Bd. 96. S. 195—234 und Taf. XI u. XII.)

In 2 vom Verf. untersuchten Fällen ergab sich als Grundlage des Herpes Zoster eine verbreitete, bis in die subcutanen Zweigelchen verfolgbare Neuritis parenchymatosa et interstitialis der Intercostalnerven, deren Ausdehnung genau der Hautaffection entsprach. Diese Neuritis war im ersten Fall von einer käsigen Periostitis der Rippen fortgeleitet, im zweiten spontan entstanden. Befallen waren sowohl die Stämme der Intercostalnerven als auch die perforirenden und (weniger intensiv) die hinteren Aeste; sowohl die sensiblen als die motorischen Endäste. Die Spinalganglien waren intact bis auf Eines, in welchem im Bereich gewisser das Ganglion durchsetzender Nervenbündel entzündliche Veränderungen angetroffen wurden; solche fanden sich hier auch in der zugehörigen sensiblen und motorischen Wurzel. Die neuritischen Veränderungen — Degeneration der Nervenfasern in den verschiedensten Stadien von der einfachen Zerklüftung des Marks bis zu totalem Schwund der Faser mit Hinterlassung der leeren Schwann'schen Scheide — betraf überall nur einen Theil des Querschnitts der Nervenäste.

Eine eingehende Kritik der in der Literatur niedergelegten anatomischen Befunde bei Herpes Zoster führt den Verf. zu dem Schluss, dass die so wichtige Untersuchung der peripheren Nervenverästelungen bisher sehr vernachlässigt sei. Und doch schienen dieselben beim Zustandekommen des Herpes Zoster eine bedeutendere Rolle zu spielen, als die Spinalganglien, die vielleicht erst secundär erkrankten. Von demselben Gesichtspunkt aus kommen nach seiner Ansicht beim Herpes Zoster ätiologisch all' die Momente in Betracht, welche zu einer Neuritis führen, die bis in die Hautendigungen der Nerven hinuntersteigt und von da auf das Rete Malpighi selbst übergreift. Tuczek.

---

5) Gangrène sèche et nerfs périphériques par Vaillard. (Société de Biologie. Séance du 26. Juillet 1884. Compt. rendu général. No. 31.)

Ein 24 Jahr altes Mädchen bekommt eine trockene Gangrän an beiden Füssen von den Zehen bis zur Articulatio tibio-tarsalis. Die Section ergiebt reichlichen Erguss in die Ventrikel, Adhärenz der Pia an den Cortex; im Uebrigen weder im Hirn, noch in den übrigen Organen irgend eine Veränderung.

Im Rückenmark diffuse Sklerose, die die graue Substanz intact lässt und besonders einen Theil der Hinterstränge einnimmt.

Spinalganglien normal. Makroskopisch erscheinen die Nerven der ergriffenen Glieder gesund. Mikroskopisch sind alle Nervenäste, die vom Fuss nach aufwärts verlaufen, stark verändert; diese Veränderung nimmt weiter nach oben mehr und mehr ab; Stamm des Ischiadicus und Cruralis sind normal.

Im Verlauf einer diffusen Erkrankung des Nervensystems war also, unabhängig von jeder Störung in den Gefässen, eine symmetrische

trockene Gangrän ohne Alteration der trophischen Centren, lediglich durch eine Läsion der peripheren Nerven entstanden.

In der Discussion bemerkt Déjerine, dass der Fall wieder beweise, dass bei Krankheiten des Centralnervensystems Läsionen der peripheren Nerven auftreten können, die absolut unabhängig von den ersteren sind und parallel mit jenen verlaufen können, ohne unter ihrem Einfluss zu stehen. M.

Pathologie des Nervensystems.

6) **Sur l'origine corticale du Facial inférieur** par le Dr. Raymond, Paris. (Gaz. méd. de Paris. 1884. No. 21 et 22.)

R. stellt aus der Literatur 7 Fälle von ausschliesslichen Facialis-Lähmungen — meistens nur der unteren Gesichtshälfte — zusammen, d. h. Fälle, in welchen, ausser einige Male Aphasie, keinerlei andere Lähmungen vorhanden waren, namentlich nicht solche der Extremitäten. In allen 7 Fällen fand sich eine contralaterale Affection des unteren Theiles der vorderen Centralwindung.

Dazu bringt R. folgende eigene neue Beobachtung. Eine 78jährige Frau war plötzlich, ohne Bewusstseinsverlust, aphasisch geworden und an der rechten Gesichtshälfte gelähmt, doch blieb der M. orbicul. oculi intact. Die Extremitäten frei beweglich, die Zunge wird gerade herausgestreckt, die Kau- und Schluckbewegungen unbehindert. Die Aphasie ist so vollständig, dass Pat., welche Alles versteht, nur ah! ah! zu sagen vermag.

Tod nach 9 Wochen. Die Autopsie ergab lediglich in der linken Hemisphäre einen gelben eingesunkenen Erweichungsherd, welcher den hinteren Theil der unteren Stirnwindung nebst dem dazugehörigen Marklager (Fascicul. pediculo-frontal. inf.) und das untere Drittheil der vorderen Centralwindung einnahm, an letzterer jedoch das Mark (Fascicul. frontal. inf.) nur wenig zerstört hatte.

Hieran schliesst R. noch das Citat einer Beobachtung von Berkley an, der ein auf dem unteren Ende der vorderen Centralwindung aufliegendes Kalkknötchen bei der Section eines Individuums fand, welches vor dem Tode $2^1/_2$ Jahre lang an einseitigem Facialis-Krampf gelitten hatte.

Mit diesen Ergebnissen der Pathologie findet der Verf. diejenigen der experimentellen physiologischen Forschung im besten Einklang. Denn diese kommt gleichfalls (Fritsch und Hitzig, Ferrier) zu dem Resultate, dass im unteren Drittel der vorderen Centralwindung — resp. bei den niederen Thieren im hinteren-unteren Theile des Frontalhirns — das Centrum für die Gesichtsbewegungen liegt.

Hadlich.

---

7) **Ein Fall von Hirnhämorrhagie in das Corpus callosum** von Prof. Dr. W. Erb. (Virchow's Archiv. Bd. 97. S. 329.)

Ein 61jähriger Schlosser erkrankt mit Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, Nackenstarre, Schmerzen im Nacken, im Kreuze und in den Beinen.

Im weiteren Verlauf Somnolenz, Erschwerung der Sprache, Herabsetzung der Kraft der Extremitäten ohne ausgesprochene Lähmung und Sensibilitätsstörung und ohne Ataxie, Steifigkeit des Nackens und der Wirbelsäule, dann Zuckungen in beiden Armen und beiden Gesichtshälften, wiederholtes Erbrechen und Delirien. Tod am 17. Tage der Krankheit.

Die Section ergiebt ausser einer Meningitis cerebro-spinalis mit zahlreichen Blutungen eine Hämorrhagie in das Corpus callosum, die dasselbe bis auf das Genu und den nach abwärts gegen die Commissura anterior hin verlaufenden absteigenden Theil zerstört hatte.

Verf. zieht aus diesem Fall den Schluss, dass bei einem erwachsenen, vorher nicht gehirnkranken Menschen fast das ganze Corpus callosum zerstört werden kann, ohne dass irgend eine Störung der Motilität, der Coordination, der Sensibilität, der Reflexe, der Sinne, der Sprache und ohne dass eine erhebliche Störung der Intelligenz einzutreten braucht.

M.

---

8) **Case of nodular tumor of the corpus callosum** by Francis A. Mac Guire. (American Journal of Neurol. and Psychiatry. 1884. III. p. 56.)

Festes knolliges Syphilom von ca. 3,5 cm Länge und 2 cm Breite, mit dem vorderen Ende der oberen Fläche des Corpus callosum innig verwachsen; die Rinde der Medianflächen beider Hemisphären, besonders aber links, ist an den Berührungsstellen mit dem Tumor erweicht und resorbirt. Starke Ependymatitis des vierten Ventrikels, die zu einer Verschmelzung der rechten Hälfte des Velum medullare mit der Eminentia facialis auf dem Boden des vierten Ventrikels geführt hat. Elfenbeinerne Hyperostose des Schädeldachs.

Im Leben hatte der 31jährige Patient seit 8 Jahren luetisch, über initiale Convulsionen mit epileptischem Charakter, über heftigste Kopfschmerzen und linksseitige Facialisparalyse geklagt. In den letzten Monaten hatten sich zahlreiche Schwindelanfälle mit Brechneigung und schwerem Collaps und dann psychische Depression mit zunehmendem Stumpfsinn gezeigt. Der Tod erfolgte im Anschluss an einen apoplectiformen Anfall.

Verf. scheint den Zusammenhang des Tumors mit den geschilderten Symptomen zu bezweifeln und erwartet von der mikroskopischen Untersuchung des Hirns weitere Aufschlüsse über die präsumirte Hirnlues.

Sommer.

---

9) **Ueber einen Fall von combinirten posthemiplegischen, motorischen Reizungserscheinungen.** Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte zu Wien von Prof. H. Nothnagel. (Wien. med. Bl. 1884. Nr. 19.)

Der von N. vorgestellte Kranke bot gleichzeitig 5 verschiedene Formen von motorischer Reizungserscheinung an der rechten hemiparetischen Körperhälfte: Spontanes Zittern mit dem rechten Fusse, klonische Zuckungen in den Schultermuskeln; dauernde Contractur in denselben. — Athetose: die Finger werden gespreizt, hyperextendirt, flectirt, der Daumen eingebogen. Früher choreaartige Bewegungen an der Hand. Ferner war interessant eine krampfhafte Erscheinung im Bereiche des M. rect. sup.: Wenn der Pat. in die Höhe sieht, bringt er die Augen nicht wieder herunter, die Augen bleiben vielmehr contracturirt nach oben gerichtet. — N. glaubt, dass alle diese Erscheinungen von einem einzigen Herde ausgehen, der im hinteren Theile der innern Kapsel zwischen Linsenkern und Streifenhügel gelegen ist und möglicher Weise den Thalamus opticus in Mitleidenschaft gezogen hat. Da sich die Erscheinungen nach einem Sturz im Laufe von 6 Jahren entwickelten, so nimmt N. an, dass es sich um einen Gehirnabscess handle.

Laquer.

---

10) **Ueber den sogenannten Kopftetanus** (Tetanus hydrophobicus, Ed. Rose) von Dr. P. Güterbock, Berlin. (Arch. f. Chirurgie. Bd. XXX. H. 4.)

Kürzlich hat M. Bernhardt (Ztschr. f. klin. Med. VII. H. 4) über den Rose'schen „Kopftetanus mit gleichzeitiger, dem Sitze der Wunde entsprechender Facialislähmung" eine Arbeit veröffentlicht, in welcher er ausser einem eigenen noch 10 Fälle (incl. 1 nachträglicher) aus der Literatur zusammenstellte.

G. liefert dazu eine neue Beobachtung und 3 weitere Fälle aus der Literatur. — In G.'s eigenem Falle handelte es sich um einen Narbentetanus, der etwa 10 Tage nach einer kleinen Verwundung rechts an der Stirn — welche prima intentione geheilt war — begann und in 9—10 Tagen zum Tode führte. Der gelähmte rechte Facialis zeigte normale faradische und galvanische Reaction. — Das Sectionsresultat war negativ.

Von allen 16 Fällen endeten 11 tödtlich. Hadlich.

---

11) **Ueber die progressiven spinalen Amyotrophien** von Kahler. (Ztschr. für Heilkunde. 1884. V. S. 109.)

Im Anschluss an allgemeine Erwägungen versucht K. den Nachweis, dass progressive Muskelatrophie, progressive Bulbärparalyse und amyotrophische Lateralsklerose nicht der Ausdruck von selbstständigen Krankheitsspecies, sondern blos die Folge von Verschiedenheiten der Localisation, Ausbreitung und Intensität und Verlaufsweise eines und desselben Degenerationsprocesses sind, der die relativ directen motorischen Leitungen beschlägt.

Er gruppirt zu diesem Zwecke alle genauer, klinisch und anatomisch gleichzeitig, untersuchten Fälle in folgende Abtheilungen: I. Fälle mit vorherrschender spastischer Paralyse; II. solche mit neben der Muskelatrophie deutlich ausgesprochener spastischer Paralyse; III. solche mit ausgesprochenen Lähmungserscheinungen, jedoch geringen spastischen Phänomenen (gesteigerte Sehnenreflexe neben der Muskelatrophie); IV. Fälle ohne spastische Phänomene.

In der anschliessenden Discussion zeigt nun K., dass weder vom klinischen Standpunkte Einblick in die Ursachen der klinischen Differenzen zu gewinnen ist, noch auch der Sectionsbefund einen solchen gestattet, dass vielmehr, wie er und Ref. schon früher ausgesprochen, Befund und ursprüngliche Localisation des Processes in Betracht zu ziehen sind. Von diesem Gesichtspunkt zeigt es sich, dass spastische Symptome bei Beginn der Degeneration in den weissen Faserabschnitten der genannten Bahnen auftreten, dass sie gering sind oder fehlen bei jeweils gleichzeitiger Erkrankung der weissen und grauen Substanz oder vorangehender Erkrankung der letzteren.

Zur Stütze dieser Anschauung bringt K. einen neuen ausführlich beschriebenen Fall bei, der nach 5monatlicher Dauer mit Tod endete, und der sich klinisch der IV. Gruppe anschliesst.

Anatomisch zeigte derselbe, am stärksten im Halstheile, weitgehende Atrophie der Ganglien und Markfasern der Vorderhörner, völlige Intactheit der Hinterstränge, der Clarke'schen Säulen, der aus den hinteren Wurzeln entstehenden markhaltigen Fasernetze und relative Verschonung der Zellen des Tractus intermedio-lateralis. Die weisse Substanz zeigte zerstreut in den Vordersträngen, bei Intactheit der Kleinhirnseitenstrangbahn, Degeneration von Nervenfasern am dichtesten in den Pyramidenbahnen.

Bezüglich der vorgefundenen leichten interstitiellen Veränderungen muss auf das Original verwiesen werden.

Der vorgeführte Fall zeigt aber, ausser dem Fehlen spastischer Symptome bei vorwiegendem Beginne der Erkrankung in der grauen Substanz, im Gegensatz zu der Annahme der französischen Schule, dass in gewissen Fällen wenigstens die Degeneration der nervösen Vorderhornelemente sowohl für die Atrophie als für die Lähmung verantwortlich zu machen ist. —

Den bisher besprochenen Fällen von ausgebreiteter Degeneration der motorischen Leitungen stehen gegenüber die auf die grauen Vorderhörner oder die diesen homologen Oblongataabschnitte beschränkten Degenerationen. K. fügt diesen einen neuen

Fall bei, der sich durch einen im 13. Lebensjahre beginnenden, nach 17 Jahren in Folge zufälliger Complication endenden Verlauf, Beginn in der Musculatur des Schultergürtels und ausgesprochene Vorderhornerkrankung charakterisirt. (Die ausführliche, namentlich histologische Untersuchung siehe im Original.)

Klinisch scheidet sich diese Gruppe von Fällen in solche mit langem Verlaufe und fehlender oder sehr spät auftretender Bulbärparalyse und in solche mit kurzer Dauer und frühzeitigem, ja sofortigem Eintritt der Bulbärsymptome; die ersteren zeigen ferner in der Regel ein Fehlen eigentlicher Lähmung neben der Muskelatrophie im Gegensatze zu der zweiten Kategorie von Fällen; diese letztere Differenz erklärt K. aus Differenzen des Degenerationsvorganges in der grauen Substanz, von denen eine die Schnelligkeit des Degenerationsvorganges sein dürfte.

Durch diese Kriterien, Lähmung, Bulbärparalyse und raschen Verlauf reihen sich diese Fälle den erstgenannten Gruppen unmittelbar an, für eine weitere Anreihung der langsam verlaufenden Fälle an jene spricht, dass auch bei jenen das Auftreten eigentlicher Lähmung und die Entwickelung von Bulbärparalyse nicht immer vorhanden sind; dass ferner die individuelle Localisation im Rückenmark und in der Musculatur auch in jenen Fällen, jedoch grössere Abschnitte beschlagend vorkommt.

(Das vorstehende Referat giebt Ref. erwünschte Veranlassung zu reclamiren. Uebereinstimmenden Referaten nach sprach Schultze, Heidelberg, auf dem diesjährigen Congresse für innere Medicin von einem von mir untersuchten Falle, den er als durchaus zweifelhaft bezeichnet. Ohne in eine Discussion dieser auch von Kahler in der referirten Arbeit nicht getheilten Ansicht einzugehen, glaube ich doch zur Vermeidung von Irrthümern erwähnen zu sollen, dass ich zwei Befunde von progressiver Muskelatrophie veröffentlicht habe und dass gerade der zweite eine aussergewöhnlich prägnante Vorderhornerkrankung zeigte; dass diesem letzteren keine Krankengeschichte beigegeben werden konnte, lag an rein localen Verhältnissen.)

A. Pick.

---

12) Pachymeningitis interna hypertrophica by J. D. Munson. (The Detroit Lancet. 1884. June.)

Fall von Pachymeningitis hypertrophica cervicalis, der einen 53jährigen Arzt, ohne hereditäre Disposition und ohne vorausgegangene Lues betraf. Beginn des Leidens mit rheumatoiden Nackenschmerzen und Steifigkeit des Halses, etwa 5 Jahre vor dem Tode. Dann Parese und nach 4—5 Monaten Atrophie der rechtsseitigen Fingermusculatur, sowie Anästhesie und Hautdegeneration der rechten Hand. Ausserdem blitzähnliche Schmerzen im Nacken, in der Schulter und in den Oberarmen. Erst nach 3 Jahren, während welcher Zeit die Atrophie und Paralyse den ganzen rechten Arm ergriffen hatte, begann die linke Hand in analoger Weise zu erkranken; bald zeigte sich auch Atrophie der rechten unteren Extremität. Im letzten Jahr häufige fibrilläre Zuckungen und Contractionen in der Rumpfmusculatur und besonders in den Intercostalmuskeln. Zuletzt geistige Abstumpfung, Gesichtsillusionen und verwirrte Wahnvorstellungen. Endlich traten Sprachstörungen hinzu und der Tod wurde durch Lähmung der Athemmuskeln herbeigeführt.

Die Section, die sich freilich auf das Cervicalmark beschränkte, ergab die Richtigkeit der von Neftel, New York, bereits im Beginn der Krankheit gestellten Diagnose: spinale Muskelatrophie in Folge von Pachymeningitis cervicalis. Die Dura war stark verdickt und sklerotisirt, mit den Wirbeln, aber nicht mit den Rückenmarkshäuten verwachsen. Pia ebenfalls verdickt. Rückenmark atrophisch durch Schwund der Seitenmassen, sodass der Querschnitt desselben rund, nicht quer oval erschien. Im rechten Seitenstrang absteigende Degeneration. Das rechte Vorder- und Hinterhorn um die Hälfte geschwunden, fast ohne jede Andeutung der bekannten Zellengruppen;

links war nur das Vorderhorn und in geringerem Grade atrophisch. Alle Nervenwurzeln, besonders aber wieder rechts, waren schmal und degenerirt. (Die Untersuchung des Rückenmarks ist übrigens am gehärteten und gefärbten Präparat vorgenommen.)

Ungewöhnlich ist in dem vorliegenden Falle die Einseitigkeit der Erkrankung: der linke Arm ist weit schwächer ergriffen als der rechte, und das linke Bein ist ganz frei geblieben. Auch bestand eine Contractur einzig im rechten Ellbogen, in der Hand und in den Fingergelenken; Bulbärsymptome und Geistesstörung gehören ebenfalls zu den Ausnahmen. Der Ausgangspunkt des Leidens lag wahrscheinlich in der grauen Substanz der rechten Hälfte des Cervicalmarks und hat sich von dort allmählich nach der anderen Seite, nach oben und unten ausgebreitet, wodurch die speciellen Symptome sich ganz befriedigend würden erklären lassen. Sommer.

---

13) **Ein Fall von „spastischer" amyotrophischer Bulbärparalyse complicirt mit amyotrophischer Lateralsklerose.** Inaug.-Dissert. von H. Blumenthal. (Dorpat 1884.)

Bei einem 12jährigen Bauernmädchen traten wenige Tage nach einer psychischen Aufregung (Schulstrafe) Sprach- und Schlingstörung, Veränderung des Gesichtsausdrucks und einige Wochen später Schwäche, Ungeschicklichkeit, Steifigkeit in den oberen, sodann in den unteren Extremitäten ein. Innerhalb weniger Monate folgender Status: Bulbäre Symptome, wobei ganz besonders betont wird, dass neben der gewöhnlichen Atrophie und Paralyse der Gesichts- und Zungenmuskeln spastische Erscheinungen an ihnen hervortreten, ferner verbreitete Atrophie der Körpermusculatur, Rigidität fast im gesammten motorischen Apparat, spastischer Gang, gesteigerte Reflexe, Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit. „Da sich dieser Fall weder dem Paradigma ‚Sclérose latérale amyotrophique' Charcot's, noch dem der ‚amyotrophischen Bulbärparalyse' Leyden's vollkommen anschliesst, ein gleicher aber bis jetzt nicht in der Literatur bekannt ist," so glaubt Verf. denselben als einen Fall von „spastischer amyotrophischer Bulbärparalyse" bezeichnen zu dürfen. Ruhemann.

---

14) **Ueber doppelseitig fortschreitende Gesichtsatrophie** von Wolff. (Virchow's Archiv. Bd. 94. H. 3. S. 393—405 und Taf. X.)

Dem einzigen bisher beschriebenen Falle von „Atrophia facialis progressiva bilateralis" (von Eulenburg) reiht Verf. einen weiteren an, der besonders auch durch seine Aetiologie von Interesse ist, indem eine Anzahl von Infectionskrankheiten: Scharlach mit Angina und consecutiver chronischer Tonsillitis, Tuberculose, 2 schwere Typhen an der Entstehung und weiteren Gestaltung des Gesichtsschwundes theilnahmen. Die Annahme einer infectiösen chronischen, dann acuter gewordenen Neuritis des Trigeminus und Facialis hat daher hohe Wahrscheinlichkeit. Die rechtsseitige (hochgradigere, bereits abgeschlossene) Atrophie hatte sich höchstwahrscheinlich im Anschluss an Scharlach mit Diphtherie entwickelt, an dem die 24jähr. Pat. als 6jähriges Kind erkrankte; unter dem Einfluss einer chronischen, zeitweilig exacerbirenden Tonsillitis, die schliesslich die Exstirpation der Tonsillen nöthig machte, nahm sie im Verlauf der nächsten 17 Jahre langsam zu, um dann durch einen Typhus abdominalis wesentlich beschleunigt zu werden. Nachdem sie rechts bereits einen sehr hohen Grad erreicht hatte, entstand unter dem Einfluss eines 2. Typhus die linksseitige Atrophie in der Weise, dass im Gebiete des I. Astes des Trigeminus Pigmentirungen, Furchenbildung, Haarschwund und ein geringer Schwund auf der ganzen linken Gesichtshälfte sich entwickelte. Schliesslich traten noch epileptische

Krämpfe auf. Die Details über die Atrophie, den Haarschwund, die Bildung pigmentirter Furchen, die verschiedenen Neuralgien, die im Allgemeinen auf der rechten Gesichtshälfte gesteigerte Sensibilität, das Ergebniss der elektrischen Untersuchung etc. sind in dem durch die Abbildungen wesentlich unterstützten Original nachzusehen. Wie für die Gesichtsatrophie, so sucht Verf. auch für die Sklerodermie und die Hemihypertrophie des Gesichts, die häufig von chronischer Tonsillitis begleitet sind, die anatomische Basis in einer infectiösen Neuritis des Trigeminus. Zwischen Hemiatrophie und Hemihypertrophie nimmt er ein ähnliches Verhältniss an, wie es Friedreich zwischen der typischen progressiven Muskelatrophie und der Pseudohypertrophie that; danach hätten wir es bei der Hemihypertrophie „mit einer durch gesteigerte Intensität der Krankheitsanlage und gewisse Besonderheiten des kindlichen Alters modificirten Form der Hemiatrophie" zu thun. Tuczek.

---

15) Note sur un nouveau cas de pied tabétique par Ch. Féré. (Revue de Médecine. 1884. Juin p. 473.)

Bekanntlich haben Charcot und Féré an den Fussknochen von Tabikern ähnliche Veränderungen beschrieben, wie sie am Knie- und Hüftgelenk schon früher wiederholt beobachtet waren. Der vorliegende Aufsatz enthält die Beschreibung eines neuen Falles von einem derartigen „pied tabétique".

Die Krankheit des 52jährigen Patienten (früher luetisch!) begann 1872 nach Fall auf die Fersen mit lancinirenden Schmerzen in beiden Beinen, worauf sich allmählich das typische Symptomenbild einer Tabes entwickelte. Bei der objectiven Untersuchung im Februar 1884 fand sich, ausser Ataxie, Blasenstörung, Pupillenstarre, fehlenden Patellarreflexen u. a., am rechten Fuss folgende, seit etwa 2 Jahren aufgetretene Veränderung: der innere Fussrand ist verdickt, so dass fast die ganze Fusssohle, wie beim Plattfuss, auf den Boden auftritt. Auch auf dem Fussrücken in der Tarso-Metatarsalgegend deutliche Schwellung. Schmerzen und Crepitation bei passiven Bewegungen sind nicht vorhanden. Das Metatarso-Phalangeal-Gelenk der grossen Zehe ist gleichfalls geschwollen, die Beweglichkeit der letzteren vermindert. Dagegen ist die Gesammtbreite der Fusssohle auf der kranken Seite etwas geringer, als auf der gesunden.

Auch die meisten übrigen tabischen Symptome waren am rechten Bein stärker ausgeprägt, als am linken. Strümpell.

---

16) Ataxie locomotrice. — Pied tabétique. Luxation coxo-fémorale, arthropathies et lésions osseuses précoces, atrophiques et hypertrophiques. Par le Dr. Boyer. (Revue de Médecine. 1884. Juin p. 487.)

Die tabischen Symptome traten bei dem 45jährigen Patienten zuerst im Jahre 1870 auf (keine vorhergehende Syphilis). Schon 1871 begannen die Gelenkerscheinungen: spontane rechtsseitige Hüftluxation, allmählich zunehmende Anschwellung des linken Knies und beider Füsse. Patient starb im August 1879, und bei der Section fanden sich sehr hochgradige Knochen- und Gelenkveränderungen, in Betreff deren Details auf die ausführliche Beschreibung im Original verwiesen werden muss. Hervorzuheben ist der relativ frühe Beginn der Knochenaffection, welche, wie gewöhnlich, vorzugsweise theils in atrophischen Processen, theils in reichlicher Osteophytbildung bestand. Strümpell.

---

17) **Nogle ord om den glatte form af spedalskhed fra et nevropatologisk standpunkt** af Chr. Leegaard. (Nord. med. ark. 1883. XV. 3. Nr. 19.)

Verf. glaubt nicht, dass man eine Rückenmarksaffection annehmen müsse, um die Symptome der glatten Form der Lepra zu erklären, sondern meint, dass diese am einfachsten und natürlichsten als eine Folge der Ablagerung in Haut und Nervenscheiden aufzufassen seien. Das zuerst ergriffene Organ ist nach ihm die Haut; in welchem speciellen Theile derselben die Ablagerung geschieht, ist bisher noch nicht mit Gewissheit bekannt, die Wahrscheinlichkeit spricht aber dafür, dass der pathologische Process auch in diesem Organ an das Nervensystem gebunden ist. Die Flecke sind stets mehr oder weniger anästhetisch, eigenthümlich aber ist es dabei, dass diese Herabsetzung des Gefühls nur in der Haut localisirt zu sein scheint, nicht in tiefer gelegenen Theilen; Druck wird empfunden, weil die unter der Haut liegenden Gewebselemente, die unzweifelhaft Antheil an der Druckempfindung haben, noch gesund sind. Wenn die anästhetischen Flecke durch ein Leiden der grösseren Nervenstämme oder der Centralorgane bedingt wären, würde die Anästhesie nicht so genau an die Ausbreitung der Flecke gebunden und nicht allein auf die Haut beschränkt sein. Dass die grössern Nervenstämme eine Veränderung erleiden könnten, ehe ein entsprechender Hauttheil afficirt ist, erscheint Verf. zweifelhaft, als Regel muss nach ihm vielmehr die Fortpflanzung der pathologischen Producte von der Haut aus in centripetaler Richtung längs der kleineren Nervenzweige nach den grossen Nervenstämmen angenommen werden. Wenn die grossen Nervenstämme erreicht sind, werden sie verdickt, und in günstigen Fällen lässt sich diese Verdickung so weit in centripetaler Richtung verfolgen, als der Nerv für die Palpation zugängig ist. Wenn die Verdickung im Laufe der Erkrankung abnimmt, ist dies wahrscheinlich als in prognostischer Beziehung ungünstig, als bedeutendere Zerstörung der Nervenfasern, zu betrachten. Klonische Krämpfe, neuralgische Schmerzen und Hyperästhesie können noch vor der Verdickung der Nervenstämme auftreten. Wenn ein Nervenstamm verdickt ist und ein Theil der Fasern zu Grunde gegangen ist, nimmt die elektrische Reizbarkeit ab und ist am Nerven manchmal weit geringer als am entsprechenden Muskel. Die Reizbarkeit für beide Stromarten nimmt gleichmässig ab im Verhältniss zu den zu Grunde gegangenen Fasern; der entsprechende Muskel atrophirt dabei allmählich ganz wie bei peripheren Lähmungen; die Entartungsreaction lässt sich dabei nicht immer leicht, aber doch bei genauer Untersuchung nachweisen. Dabei entstehen trophische, wohl auch vasomotorische und sekretorische Störungen. Lähmungen können entstehen, ehe noch Atrophie sich entwickelt hat, im späteren Verlaufe entwickeln sich auch Contracturen. Die Anästhesie, die von der Degeneration der Nervenstämme abhängt, unterscheidet sich von der an die Flecke gebundenen dadurch, dass sie tiefer geht, Haut und tiefer liegende Theile umfasst. Dass auf diese Weise auch noch das Rückenmark ergriffen werden kann, ist natürlich nicht zu bezweifeln, aber mit der allgemeinen Entwickelung der Symptome hat es nichts zu thun; über seinen Antheil an den späteren Symptomen müssen erst weitere Forschungen entscheiden. Walter Berger.

Psychiatrie.

18) **Ueber die Erscheinungen des partiellen Bewusstseins** von Ssikorsky. (Wjestnik psychiatrii i nevropatologii. 1884. I. Russisch.)

Als Grundlage der psychologischen Betrachtungen des Autors dienen einige Beobachtungen epileptischer Bewusstseinsstörung. In einer derselben handelt es sich um kurzandauernde schwindelähnliche Anfälle (vertigo), während welcher Patientin den Sinn der Worte nicht begriff, die man an sie richtete, obgleich sie wusste, dass

man mit ihr spricht, und sich auch selbst richtig ausdrücken konnte; Gesichtseindrücke nahm sie während der Anfälle in normaler Weise wahr. Früher hatte sie an epileptischen Krämpfen und zuweilen an Gesichtshallucinationen gelitten.

Eine andere epileptische Patientin bekam Schwindelanfälle, wenn sie auf Gegenstände blickte, die in schneller Bewegung begriffen waren; die Anfälle selbst waren dadurch charakterisirt, dass dem Bewusstseinsverlust bestimmte Gesichtshallucinationen vorangingen: Patientin sah Wolken auf sie niederziehen, Wände gegen sie zusammenstürzen etc.

In einem dritten Falle pflegte Patientin während der Anfälle zu vergessen, wo sie sich befindet, und erkannte nicht die Leute, die sie umgaben. Sie war Wäscherin, und oft kam es vor, dass der Anfall sie bei der Arbeit überraschte. „Mein Gott", sagte sie dann häufig, „ich habe wieder vergessen, wo ich heute wasche"; dabei setzte sie jedoch ihre Arbeit ruhig und ungestört fort. Diese Patientin hatte durch einen Gehirnabscess einen Defect im Schädeldach erlitten, welcher der Region der Central- und zum Theil Frontalwindungen der linken Hemisphäre entsprach. Durch Druck an dieser Stelle wurden epileptische Anfälle ausgelöst.

Verf. sieht in der Beeinträchtigung einzelner psychischer Functionen, durch welche die geschilderten Anfälle epileptischer Bewusstseinsstörung charakterisirt sind, eine Bestätigung der Anschauung, dass verschiedene psychische Vorgänge isolirt aus dem allgemeinen Bewusstseinsinhalt ausfallen können, während andere in ungestörter Weise weiter verlaufen. Dieses Verhalten lässt seines Erachtens auf eine räumliche Localisation der einzelnen psychischen Functionen in umschriebenen Centren der Hirnrinde schliessen. Dem entsprechend glaubt er auch die Erscheinungen des Traumlebens und die Sinnestäuschungen hauptsächlich auf Erregung einzelner corticaler Centren zurückführen zu müssen. P. Rosenbach.

---

19) Ueber den sogenannten „spastischen Symptomencomplex" bei der progressiven Paralyse. Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse von Dr. Zacher. (Arch. f. Psych. Bd. XV. S. 359.)

In Anschluss an eine frühere Arbeit nimmt Z. neuerdings die Frage auf, in welchen Fällen von Paralyse der genannte Symptomencomplex auftritt, wie er sich entwickelt und welcher pathologische Befund ihm entspricht. Bezüglich der zu Grunde gelegten sehr ausführlichen klinischen und pathologisch-anatomischen Beobachtungen muss sich Ref. auf das eigene Resumé des Verf. beschränken.

1) Ende 1878 apoplectiformer Anfall, bald darauf motorische Erregung, Verworrenheit, Grössenwahn, Abnahme der Intelligenz. Nach der Aufnahme rasche Zunahme der Demenz, meist heitere Stimmung mit Production massenhafter Grössenideen, sehr starke Sprachstörung, häufige paralytische Anfälle mit vorwiegend rechtsseitigen Störungen. Später Ungeschicklichkeit bei Hantirungen, Tremor der Hände, Plumpheit und Steifheit des Ganges, Abnahme der grob motorischen Kraft bis zum Unvermögen des Stehens, Steigerung der Sehnenreflexe, Auftreten von Muskelrigiditäten, Contracturen in allen Extremitäten, Fehlen aller Sensibilitätsstörungen, Blase und Mastdarm frei, keine Atrophien, Decubitus, Tod 1882. Autopsie: Frische Pachymeningitis haemorrhagica mässigen Grades, Trübung der Pia, hochgradige Atrophie und Sklerose des ganzen Gehirns, Rückenmark makroskopisch auffallend klein, ohne gröbere Veränderung, mikroskopisch Degeneration beider Pyramidenseitenstrangbahnen, sowie der rechten Pyramidenvorderstrangbahn.

2) Januar 1881 apoplectiforme Anfälle, Februar Schmerzen im ganzen Körper, Schlaflosigkeit, Geh- und Sprachstörung; Besserung; Juni Schlafsucht, Vergesslichkeit, stärkere Sprachstörung; später rasch zunehmende Demenz, heitere Stimmung, Grössenwahn, Pupillendifferenz, Unregelmässigkeiten des Pulses, Ungeschicklichkeit

und Plumpheit des Ganges und der Hantirungen, geringer Tremor der Hände, apoplectiforme Anfälle mit rechtsseitigen motorischen und dysphasischen Störungen. December 1882 starker Anfall mit beiderseitigen Störungen; Abnahme der groben Kraft, Steigerung der Sehnenreflexe, Auftreten von Muskelspannungen und Starre, sowie von Beugecontracturen in allen Extremitäten; Tremor und gesteigerte Muskelirritabilität besonders rechts; wechselndes Verhalten der spastischen Symptome; Sensibilität, Blase, Mastdarm frei; keine Atrophie, Decubitus. Autopsie Februar 1883: Trübung und Oedem der Pia, feste Verwachsungen derselben mit der Rinde, starke Atrophie und Sklerose des ganzen Gehirns, Rückenmark schmal, makroskopisch frei, mikroskopisch Degeneration der Pyramidenstränge.

3) 1880 Kopfschmerzen, später Abnahme der Intelligenz und des Gedächtnisses, 1881 apoplectiforme Anfälle, Sprachstörung, zeitweilige Erregung, 1882 rasche Zunahme der Demenz und der Sprachstörung, Tremor der Hände, starres äusseres Verhalten. Gang steif und hölzern, Sehnenreflexe gesteigert, später paralytische Anfälle, tonisch krampfhafter Charakter der Willkürbewegungen, vollständige Aphasie, Muskelspannungen und Starre, Rigidität der Adductoren, Pectorales und der Nackenmusculatur, Beugecontracturstellung aller Extremitäten, rechts stärker, convulsiver Tremor bei Bewegungen; mechanische Muskelerregbarkeit an den oberen Extremitäten leicht gesteigert, Patellar- und Dorsalclonus. Sensibilität, Blase und Mastdarm anscheinend frei. Autopsie 1883: Starke Trübung und Adhärenzen der Pia, hochgradige Atrophie und Sklerose des Gehirns, die Windungen speciell der Insel auffallend hoch und schmal, Pia spinalis zum Theil stark verdickt, am Rückenmark makroskopisch graurothe Verfärbung des rechten Seitenstranges, mikroskopisch diffuse Sklerose der Seitenstränge mit herdweise stärkeren sklerotischen Veränderungen daselbst.

In der Discussion der vorstehend skizzirten Fälle betont Z. die Aehnlichkeit der spastischen Symptome mit denen der spastischen Spinalparalyse, sowie die Verschiedenheiten zwischen beiden, die sich sowohl hinsichtlich des Verlaufes wie des Verhaltens ergeben; unter den letzteren hebt er hervor im Gegensatze zu der gleichmässigen und progressiven Steigerung der Sehnenphänomene in Erb's Fällen die erheblichen Schwankungen derselben in seinen Fällen, ferner das Vorhandensein und gleichzeitige Auftreten von Beugecontracturen an allen Extremitäten gegenüber den anders gearteten Verhalten in der spastischen Spinalparalyse, sowie auch hier das ungleiche und sehr schwankende Verhalten der Contracturen. Die Thatsache, dass dieses wechselnde Verhalten immer anderen cerebral bedingten Störungen coordinirt war, führt zu der Frage nach dem Verhältniss zu den pathologischen Befunden im Rückenmark.

Diese selbst spricht Z. als primäre Systemerkrankungen an, wobei er jedoch die Möglichkeit eines Connexes zwischen Hirn- und Rückenmarksaffection offen lässt. Mit Rücksicht auf den früher publicirten Fall, ferner im Hinblick auf das früher hervorgehobene Verhalten der spastischen Erscheinungen und auf deren Incongruenz mit der Intensität der jeweiligen Spinalerkrankung, sowie mit Rücksicht auf die pathologische Anatomie der spastischen Spinalparalyse glaubt Z. die Frage nach der Ursache der spastischen Erscheinungen als offene betrachten zu müssen, hält sich jedoch für berechtigt, die oben erwähnten Schwankungen der Erscheinungen als durch die Veränderungen der motorischen Rindenzonen bedingt ansehen zu dürfen. —

An der Hand zweier weiteren Fälle, bezüglich welcher auf das Original verwiesen werden muss, bespricht Z. die Modificationen der spastischen Spinalparalyse bei Combination von Seiten- und Hinterstrangaffection. Beide Fälle stellen sich anatomisch als combinirte Systemerkrankungen dar und führen mit Rücksicht auf die Localisation in den Hintersträngen zu nachstehender Modification des bekannten Westphal'schen Satzes: Bei einer combinirten Erkrankung der Pyramidenbahn und der Hinterstränge kommen die spastischen Erscheinungen an den oberen resp. unteren Extremitäten nicht zur Entwickelung, wenn die Erkrankung der Hinterstränge in

den zugehörigen Abschnitten des Rückenmarks die als Wurzelgebiete bezeichneten Partien betroffen hat.

Zur Erklärung dieses hemmenden Einflusses der Hinterstrangaffection auf die spastischen Symptome nimmt Z. an, dass diese auf pathologischer Steigerung normaler Reflexvorgänge beruhen, welche letztere an bestimmte Bahnen im Rückenmark, wozu die Wurzelgebiete der Hinterstränge gehören, gebunden sind, und welche von bestimmten Hirncentren aus durch in den Pyramiden verlaufende Bahnen oder von diesen Bahnen selbst aus Steigerung oder Abschwächung erfahren. Weitere Details siehe im Original. A. Pick.

---

20) On cases of general paralysis with lateral sclerosis of the spinal cord by G. H. Savage. (Journ. of. ment. science. 1884. April p. 57.)

S. berichtet kurz über 5 Fälle (mit 4 Sectionsbefunden), die alle Degeneration der Seitenstränge, einer auch des Türk'schen Vorderstranges zeigten, und die er, wenn auch nicht als eigene Klasse, so doch durch verschiedene allen gemeinschaftlichen Symptome charakterisirt findet. Es handelt sich um jüngere Personen, bis 35 Jahre), auch Frauen, ohne bekannte Excesse in der Anamnese, einzelne früher syphilitisch. Der Verlauf scheint etwas rascher zu sein als in der Regel, der bald betheiligte Gang bekommt einen hüpfenden Charakter, die Sprache wird dick, stärkerer Tremor der Zunge und Lippen als sonst; das Gesicht wird fett und ausdruckslos, die Stimme verändert; Ruhelosigkeit, stärkerer Muskelschwund als in sonstigen Fällen, hochgradige Steigerung der Reflexe, Contracturen der Beine, verbunden zuweilen mit jedoch leichtem paralytischen Anfall, starkes Zähneknirschen, Decubitus; in einzelnen Fällen deutliche Atrophie des Sehnerven. Sectionsbefund: Hirnatrophie, bedeutender Hydrocephalus, wenige Adhärenzen. S. glaubt, dass die Centralwindungen stärker atrophisch sind als die anderen; die Seitenstrangaffection hält er in einzelnen Fällen für primär, in anderen für secundär bedingt durch die Rindenatrophie.

A. Pick.

---

21) Clinical illustrations of puerperal insanity by A. Campbell Clark. (Glasgow 1884. Maclure and Son.)

Beschreibung von 20 Fällen von puerperalen Psychosen, die in das Glasgow District Asylum aufgenommen wurden. Von den zum ersten Mal erkrankten waren 7 Primiparae, 9 Multiparae. In 13 Fällen begann die Psychose in der ersten Woche nach der Entbindung, in 4 Fällen innerhalb 14 Tagen. In 6 Fällen war Albuminurie vorhanden, Neigung zu Gewaltthätigkeiten, Suicidium, zum Feueranlegen war häufig. Hallucinationen, besonders des Gesichts und Gehörs, wohl in allen Fällen. Mit der „Pyromanie" verbanden sich sehr häufig Geschmackshallucinationen. Von 16 Fällen, die bis zu Ende behandelt wurden, genasen 12, 3 starben, 1 ging in Dementia über. Von den geheilt Entlassenen war der Aufenthalt in der Anstalt im Mittel 167 Tage, Maximum 359, Minimum 52 Tage. M.

Therapie.

22) Heilung einer langanhaltenden Neuralgie des N. ulnaris durch Einspritzungen von Osmiumsäure, von Turner. (Wratsch. 1884. Nr. 24. Russisch.)

Patientin hatte sich mit dem linken Ellenbogen an eine Thürklinke gestossen und wurde bald darauf von heftigen Schmerzen im Verbreitungsgebiet des N. ulnaris befallen. Die Neuralgie bestand trotz aller möglichen Heilversuche gegen $5^1/_2$ Jahre;

im Laufe der Zeit war der linke Arm etwas atrophisch geworden, und der afficirte Nerv erschien verdickt (Neuritis?). Zuletzt entschloss sich Verf., Einspritzungen von Osmiumsäure zu versuchen. Er nahm pro dosi 2—3 Tropfen einer 1 % Lösung. Im Laufe von 2 Monaten wurden 20 Injectionen gemacht, und die Schmerzen verschwanden danach vollständig. P. Rosenbach.

---

23) On the treatment of epileptiform neuralgia or the so-called incurable facial tic, by W. J. Walsham. (The Practitioner. 1884. XXXIII. p. 14.)

In einer vorläufigen Mittheilung macht Verf. auf die auffallend günstigen Erfolge aufmerksam, die er in 6 Fällen von „Tic douloureux" im Gebiet eines Trigeminus beobachtet hat. Es hatte sich stets um ausgesprochene Fälle mit intermittirendem oder wenigstens remittirendem Charakter gehandelt. Die Schmerzparoxysmen hielten, wie bekannt, nur Secunden bis halbe Minuten an, um auf die geringste äussere Veranlassung und auch ohne eine solche, in unregelmässigen, aber ziemlich kurzen Zwischenräumen wiederzukehren. Ihre Schmerzhaftigkeit war eine enorme und entsprach genau den charakteristischen Schilderungen Trousseau's in seinem bekannten Aufsatz über epileptiforme Neuralgien.

Bei der meistens schon längeren Dauer des betreffenden Leidens waren die Heilmittel der Pharmacopoë gewöhnlich schon erschöpft; auch chirurgische Eingriffe: Discision oder Resection des ergriffenen Nerven, das Cauterium actuale etc. waren schon vorgenommen, aber ohne Erfolg. Dagegen zeigte sich die Nervendehnung dem Verf. einmal wieder ausserordentlich hülfreich, und es wäre sehr wünschenswerth, wenn noch in der ausführlicheren Beschreibung, die Verf. in einiger Zeit geben will, die dauernde Besserung constatirt werden könnte. In einem Falle sind überhaupt bis zur Zeit dieser vorläufigen Mittheilung bereits 3 Jahre verstrichen, ohne dass ein Rückfall eingetreten wäre. In Bezug auf die Technik der Operation und besonders auch der manchmal nothwendigen Entfernung des Ganglion Meckelii muss auf die zu erwartende Publication des Verf. verwiesen werden. Sommer.

---

24) Gerbsaures Cannabin als Hypnoticum von Pusinelli. (Berl. klin. Wochenschrift. 1884. Nr. 1.)

Nach Prüfung des Cannabin. tannic. in einer grossen Reihe von Fällen kann Verf. dasselbe in einer Dosis von 0,3—1,5 besonders bei rein nervöser habitueller und „neurasthenischer" Schlaflosigkeit, sowie gegen Schlaflosigkeit bei chronischen schmerzlosen Krankheiten mit langdauernder Bettruhe empfehlen. In 54 % war der Erfolg ein befriedigender; Störungen des Allgemeinbefindens traten selten ein: in 6 von 63 Fällen Eingenommensein des Kopfes, am andern Morgen mit leichten Schwindelgefühlen beim Erwachen; in 4 Fällen ein Zustand von Aufregung, nervöser Unruhe und erhöhter Schlaflosigkeit; in 5 Fällen Erbrechen; in 2 Fällen Trockenheit im Halse am nächsten Morgen. Eine schwere Intoxication wurde nie beobachtet; auch fehlten die Rauschzustände mit heiteren Delirien. Gewöhnung an das Mittel findet erst nach wochenlangem Gebrauch statt. Der Preis pro Gramm beträgt jetzt 0,30 Mark. Tuczek.

---

25) Notiz über Anwendung der Osmiumsäure gegen Epilepsie von Wildermuth. (Berl. klin. Wochenschr. 1884. Nr. 23.)

Bei innerlicher Darreichung von Kali osmic. in Pillenform (0,002—0,015 pro die) mit oder ohne kleine Bromkaligaben sah W. in einigen Fällen sehr ermunternde Erfolge. Die Anfälle wurden seltener, verschwanden sogar ganz, das psychische Befinden besserte sich. Tuczek.

---

26) **Case of Insanity of seven years duration: treatement by electricity** (Psychose von 7jähr. Dauer, mittelst Elektricität behandelt) by A. Robertson. (Journ. of ment. science. 1884. April. p. 54.)

Es handelt sich um einen Fall von Verrücktheit — in Form von Verfolgungswahn mit Hallucinationen bei einer 50jähr. Frau, bei der es schliesslich zur Abstinenz kam; es wurde der constante Strom einer Batterie von 40 Léclanchés in der Weise benützt, dass der positive Pol über dem oberen Halsganglion des Sympathicus angesetzt, der negative langsam auf derselben Kopfseite von der Augenbraue zum Hinterhaupt und zurück zur Mittellinie des Kopfes bewegt wurde. Nach 7 Minuten wurde ebenso die andere Kopfhälfte behandelt. Die ganze Procedur wurde jeden 2. Tag vollführt. Nach etwa $^1/_4$jähriger Behandlung wurde Pat. geheilt entlassen. R. deutet den günstigen Erfolg aus einer directen Einwirkung auf das Gehirn. A. Pick.

III. Aus den Gesellschaften.

Académie de Médecine, Paris. (Sitzung den 10. Juni 1884.)

Dumesnil und Petel, Rouen, theilen einen Fall von „**commotio medullae spinalis**“ mit. Ein 60jähr. Mann war 1,5 m hoch auf den Kopf gefallen, sofort bewusstlos geworden, an beiden Beinen gänzlich, an beiden Armen unvollständig gelähmt; Anästhesie vom Nabel abwärts, Incontinenz des Urins und des Stuhlgangs. Sonst nur Druck auf den 6. Halswirbel empfindlich.

Es trat fast vollständige Besserung bis zum 46. Tage ein. Dann neuerdings Verschlechterung, Schmerzen und Krämpfe in den Beinen, Temperaturerhöhungen bis 39° und 40°. Später Contracturen in allen Gliedern, neue Incontinenz, vielfacher Druckbrand, Tod 7 Monate nach dem Fall.

Bei der Autopsie fand man Wirbelsäule und Häute intact. Geringe Congestion im Cervical- und Dorsalmark. Sklerose der Seitenstränge, granulöse Degeneration der Ganglienzellen der Vorderhörner: Alles am stärksten ausgesprochen im Dorsal- und Cervicaltheile.

(Auffallenderweise wird vom Gehirn garnichts angegeben. Ref.) Hadlich.

Réunion des médecins aliénistes suisses. Den 24. u. 25. September 1883. (Revue méd. de la Suisse romande. 1884. 6.)

In der von 13 Theilnehmern besuchten Versammlung machte Prof. Séguin, New-York, Mittheilung über eine Färbemethode von Gehirnabschnitten mit Anilinblau.

Sodann leitete Challand, Bois de Cery, die Discussion **über künstliche Ernährung** durch ein Referat ein. Er ist nicht für die absolute Verwerfung der Schlundsonde, will sie aber mit Auswahl und Vorsicht angewendet wissen; er habe Kranke bei der Ernährung durch die Sonde um 20—70 Pfund an Gewicht zunehmen gesehen. Andererseits gebe es Kranke, welche die Nahrungsverweigerung 8—14, selbst 18 Tage ohne Schaden durchsetzten, bis sie zuletzt wieder anfingen zu essen.

Prof. Olivet, Genf, wendet seit 27 Jahren keine Sonde mehr an, sondern die kalte Douche als „persuasion intense“ (!).

Die übrigen Redner sprechen mit mehr oder weniger Einschränkung für die Anwendung der Sonden, besonders der weichen englischen.

Chatelain, St. Blaise, theilt hierauf einen Fall von „**folie à deux**“ mit. Zwei Zwillingsschwestern hatten 74 Jahre zusammen gelebt. Als 1872 der Ehemann der einen Schwester starb, erkrankten beide an Melancholie von derselben Form und genasen wieder zu derselben Zeit. Anfang 1883 starb der andere Ehegatte, und wieder erkrankten die beiden Schwestern in derselben Weise. Hadlich.

IV. Personalien.

Der Herausgeber dieser Zeitschrift wurde zum ausserordentlichen Professor in der medicinischen Facultät der Friedrich-Wilhelms-Universität in Berlin ernannt.

Unser Mitarbeiter, Herr Dr. Tuczek, hat sich als Privatdocent in der medicinischen Facultät der Universität Marburg habilitirt.

Vacanz. In der Provinzialirrenanstalt Eberswalde bei Berlin ist die Stelle des 2. Hülfsarztes (1200 Mark; freie Station) zu besetzen. Meldungen sind sofort an den Director Herrn Geheimen Sanitätsrath Dr. Zinn zu richten.

V. Vermischtes.

In No. 3 des Encéphale von 1884 sendet Prof. B. Ball eine Philippica gegen das Protectionswesen bei der Besetzung der Arztstellen in den französischen, besonders den Pariser Irrenanstalten. Ball verlangt allgemeine Concurrenz und Besetzung nach der Tüchtigkeit, damit es nicht statt des Napoleonischen: „la carrière est ouverte aux talents" heisse: „la carrière est ouverte aux protections!" Siemens.

In dem Asyl Leyme des Bezirks Figeac wurde eine Wärterin von einer aufgeregten Kranken, zu welcher sie allein in die Zelle gegangen war, überwältigt und mit Faustschlägen auf den Kopf getödtet. Wie es möglich war, dass die Kranke die Zelle von innen schliessen und den Schlüssel an sich nehmen konnte, sodass Niemand rechtzeitig zur Hülfe eindringen konnte, ist nicht recht verständlich; es müssen dort höchst unpraktische Einrichtungen bestehen. Siemens.

Der Progrès médical bringt in seiner No. 31 (2. August 1884) eine heftige Strafpredigt des Dr. M. Boudet in Paris gegen seine Landsleute, weil sie in der Elektrotherapie zu sehr den deutschen Forschern folgen und fordert diejenigen, die „noch nicht wissenschaftlich genügend germanisirt sind", auf, die mit deutschem Stempel versehenen Doktrinen nicht nach Frankreich hineinzulassen. Die du Bois'sche Lehre von den „peripolaren Molekülen", die negative Schwankung, der Elektrotonus seien unrichtige Theorien; die Entartungsreaction mit dem „Enthusiasmus der Bewunderer Erb's" habe eine unerhebliche Bedeutung, sowohl in Bezug auf die Diagnose, wie auf die Prognose.

„Die Medicin besitzt glücklicher Weise andere Mittel (zur Diagnose), welche mindestens ebenso präcis sind, als die Entartungsreaction."

In Bezug auf die prognostische Bedeutung „glauben wir, dass, wenn eine entsprechende Behandlung genügend lange ohne Erfolg fortgesetzt wird, dadurch die Prognose hinreichend aufgeklärt ist."

Diese Sätze dürften den wissenschaftlichen Geist, der Herrn Boudet beseelt, genügend charakterisiren, und wir dürfen wohl annehmen, dass er auf seine wissenschaftlich gebildeten Landsleute nicht allzuviel Eindruck machen wird. Wir können ihm übrigens versichern, dass wir seine beantragte Grenzsperre nicht mit gleichem Mittel bekämpfen werden.

Wir freuen uns in Deutschland nicht blos über die eigenen Erfolge, sondern auch über jeden Fortschritt, den die wissenschaftliche Medicin anderwärts anbahnt — speciell in Frankreich auf unserem Gebiete über die Arbeiten Charcot's und seiner Schüler —, wir prüfen und bauen weiter. Damit glauben wir der Wissenschaft und unserem Wissen förderlich zu sein. Der wissenschaftliche Chauvinismus des Herrn Boudet könnte für seine Landsleute nur von den nachtheiligsten Folgen sein. M.

Der Prix Aubanel der Société méd. psych. zu Paris (2400 fr.) ist für folgendes Thema bestimmt:

Ueber die Coexistenz von Delirien verschiedenen Ursprungs (alcohol., epilept., paralyt., paranoisches etc.) bei demselben Kranken in Bezug auf Diagnose, Prognose, Behandlung und forensische Bedeutung. Termin 31. Dec. 1885. M.

Druckfehlerberichtigung:

In Nr. 13 S. 306 lies „Prof. Manz" statt „Ref. Manz".
In Nr. 15 S. 338 Z. 25 v. o. lies „nicht" statt „recht" und
S. 340 Z. 15 v. o. lies „nicht" statt „meist".

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Professor Dr. E. Mendel

zu Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 1. September. No. 17.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** Ein Fall von Hypertonia musculorum pseudohypertrophica von **A. Eulenburg.**

II. Referate. Experimentelle Physiologie. 1. Ueber ein neues Galvanometer und einige damit angestellte Versuche von **Eulenburg.** 2. Zur Physiologie der gefässerweiternden und gefässverengernden Nerven von **v. Anrep** und **Cybulski.** 3. Il tempo del processo psichico nell'estesiometria tattile del **Buccola.** — Pathologie des Nervensystems. 4. Ueber ein wenig bekanntes Symptom der Meningitis von **Kernig.** 5. Tumeur sarcomateuse occupant les deux couches optiques par **Richardière.** 6. A case with tumor in the optic thalamus by **Bride.** 7. Tuberculose de l'encéphale par **Ayrolles.** 8. Ramollissement du lobe droit du cervelet etc. par **Lévêque.** 9. Méningite aiguë; kyste du cervelet par **Dauchez.** 10. Tumores cerebri von **Gläser.** 11. A statistical inquiry into the nature and treatment of epilepsy by **Bennet.** 12. Accidents consécutifs à la compression habituelle du cubital chez un ouvrier employer à ouvrager le verre par **Ballet.** 13. Troubles nerveux complexes des extrémités consécutifs à une blessure du nerf cubital par **Cénas.** 14. Die locale Verbreitung der Trophoneurosen von **Liebeschütz.** 15. Neuropathologische Mittheilungen von **Löwenfeld.** 16. Fall einer Sympathicusaffection im Gebiete des Auges von **Nieden.** 17. Hysterical or nervous breathing by **Coates.** — Psychiatrie. 18. Psychose nach Rheumatismus articulor. acut. und nach Pneumonia crouposa von **Eidam.** 19. On some mental symptoms of ordinary brain-disease by **Gasquet.** 20. Insanity of twins; twins suffering from melancholia by **Mickle.** 21. Moral insanity by **Workmann.** 22. Caso tipico di follia morale pei **Musso** e **Stura.** 23. Zur Symptomatologie der primären Paranoia von **Greidenberg.** — Therapie. 24. Natrum salicylicum bei Hemicranie von **Finkenstein.** 25. Epilepsy treated with hydrobromate of conia by **Wolfender.** — Forensische Psychiatrie. 26. Examen médico-légal de l'affaire T... par **Legrand du Saulle.** 27. Des délires instantanés, transitoires consécutifs à des crises épileptiques au point de vue médico-légal par **Motet.** 28. A lecture on the relation of madness to crime by **Bucknill.**

III. Aus den Gesellschaften.

IV. Bibliographie.

V. Vermischtes.

I. Originalmittheilungen.

Ein Fall von Hypertonia musculorum pseudohypertrophica.

Von **A. Eulenburg.**

Der folgende, von mir kürzlich poliklinisch beobachtete Fall liefert einen Beitrag zu der noch ziemlich spärlichen Casuistik derjenigen Bewegungsanomalien, bei denen Muskelrigidität, in Verbindung mit Erschwerung der

activen Bewegungen und gleichzeitigem Hypervolumen der betheiligten Muskeln, das cardinale Symptom bildet. Er ist aber zugleich durch mehrere auffällige Erscheinungen von den bisher beschriebenen Fällen nicht unwesentlich verschieden, so dass der Verdacht gerechtfertigt wird, dass man es hier mit einem eigenthümlichen, einstweilen noch nicht genauer definirbaren und localisirbaren chronisch progressiven spinalen Krankheitsprozesse zu thun habe.

J. T., 27 Jahr alt, jüdischer Lehrer von der russisch-ostpreussischen Grenze (Gouvernement Kowno). Keine hereditäre Belastung, angeblich auch keine Neurosen in der Familie; doch wurde ein Vetter des Pat. vor Kurzem wegen hypochondrischer Melancholie in meiner Poliklinik behandelt. In seiner Jugend ist Pat. angeblich gesund gewesen und war namentlich in der Locomotion, sowie in allen sonstigen Bewegungen stets ungestört, bis seit 6—7 Jahren ohne bekannte Veranlassung Beschwerden beim Stehen, Gehen und Laufen sich einstellten, die sehr allmählich zunahmen. Dazu gesellten sich auch Blasenbeschwerden in Form von Retention und Tenesmus vesicae sowie zeitweiser Incontinenz, und eine gewisse Steifigkeit beim Gebrauche der oberen Extremitäten. Das anderweitige Befinden des Pat. blieb die ganze Zeit über unverändert, doch empfand Pat. in zunehmendem Maasse eine lustlose und melancholische Stimmung, über welche er sich selbst nicht Rechenschaft zu geben wusste (genauere Erhebung der Anamnese durch das mangelhafte Verständniss der deutschen Sprache seitens des Pat. sehr erschwert).

Status praes. Der Gang des Patienten ist ein eigenthümlich ungeschickter; zögernd vorsichtig schiebt sich Patient gewissermaassen vorwärts, indem er die Beine in den Kniegelenken niemals ganz vollständig streckt, sondern schwach flectirt im stumpfen Winkel belässt, und die Füsse zuerst mit dem Fersentheil auf den Fussboden aufsetzt; mit einiger Ueberwindung vermag er sich dabei ziemlich schnell und mit grossen Schritten fortzubewegen. Auf eine Erhöhung (Stuhl) zu steigen ist ihm dagegen ganz unmöglich; er stützt sich beim Versuche mit der Hand auf das Knie des voraufgestellten, rechtwinklig flectirten Beines, und strebt durch den angewandten Druck und durch Vornüberneigen des Rumpfes und Kopfes das andere fest am Boden gewurzelte Bein zu lösen und abzuschwingen, was ihm aber gar nicht oder höchst unvollkommen gelingt. Hinsetzen und Aufstehen sind ebenfalls für ihn ziemlich schwierige Acte, besonders das letztere, wobei Patient auch wiederum sich durch festes Anstemmen der Hände auf beide Oberschenkel und durch Vornüberbeugen des Oberkörpers zu erheben und in Schwung zu bringen bemüht ist. Betrachtet man nun den Patienten im Stehen bei entblössten Unterextremitäten, so wird die Ursache dieser erschwerten Locomotionen sofort klar; sie besteht nämlich in einer auf beiden Seiten symmetrisch wahrnehmbaren colossalen Rigidität einzelner Muskeln und Muskelgruppen der Ober- und Unterschenkel, vor Allem des Quadriceps und der Wadenmuskeln. Die Contouren des Quadriceps schwellen dabei in ganz erstaunlichem Maasse reliefartig hervor und gewähren das Bild einer wahrhaft athletischen Muskelentwickelung, wiewohl Patient im Allgemeinen mager,

ziemlich unkräftig und offenbar schlecht genährt ist. Dieser mit Härte verbundene Rigor ist aber nicht etwa das Resultat einer entsprechend energischen activen Contraction des Quadriceps, da das Bein vielmehr auch im Stehen, gerade so wie beim Gehen, fast immer in schwach stumpfwinkliger Flexion im Kniegelenke verbleibt. Auch nimmt bei längerem Stehen, ohne dass die Stellung sich ändert, der Rigor ganz allmählich an Intensität ab und kann schliesslich völlig verschwinden, kehrt aber bei jeder activen oder passiven Stellungsveränderung mit grosser Leichtigkeit wieder. Ganz ebenso verhält es sich mit den Wadenmuskeln; auch diese sind offenbar hypervoluminös; ihre Härte ist etwas geringer als die des Quadriceps, und sie rührt ebensowenig wie bei diesem von energischer activer Contraction her, da der Fuss vielmehr platt mit ganzer Sohlenfläche auf dem Fussboden aufruht. Ausser Quadriceps und Wadenmuskeln zeigen besonders noch die Muskeln an der äusseren Seite des Oberschenkels (tensor fasciae latae) und der Hüftgegend beim Stehen die nämliche rigide Beschaffenheit und Härte, nicht dagegen die Adductorengruppe und die (im Gegentheil ziemlich schlaffen, atonischen) Flexores cruris, sowie auch die Glutaei. Lässt man in sitzender Stellung das herabhängende Bein im Knie beugen oder strecken, so hat Pat. jedesmal im ersten Augenblick eine grosse Schwierigkeit, und die Bewegung wird langsam und unbehülflich vollzogen; und Gleiches gilt auch von der Plantar- und Dorsalflexion des Fusses, bei welcher letzteren namentlich auch die Gruppe der Fussextensoren und des Tibialis anticus deutlich hervorschwillt und eine rigide Beschaffenheit darbietet. — Die mechanische Contractilität der im Rigor befindlichen Muskeln ist nicht gesteigert, im Gegentheil eher herabgesetzt; dieselben ziehen sich beim Beklopfen nur undeutlich und langsam zusammen; gleiches gilt auch von den schlaffen atonischen Muskeln an der Rückseite der Hüfte und des Oberschenkels. **Das Kniephänomen fehlt auf beiden Seiten vollständig.** Die Hautreflexe sind vorhanden; Plantarreflex (Beugung der Zehen) sehr deutlich. Kein Fussclonus; dagegen ist das von WESTPHAL beschriebene Phänomen paradoxer Contraction (Contrahirtbleiben des Tibialis anticus und Prominenz seiner Sehne bei passiver Dorsalflexion des Fusses) meist deutlich zu erhalten. Cremasterreflex sehr ausgesprochen, Bauchreflex schwächer, während dagegen directe Percussion der Bauchmuskeln leicht örtliche Contractionen hervorruft.

Obere Extremitäten. Bei herabhängenden Armen zeigt sich die Musculatur ähnlich wie an den Beinen reliefartig hervorschwellend und in theilweise hypervoluminöser Entwickelung. Namentlich treten die Contouren des Deltoides, des Triceps und der Extensorengruppe am Vorderarm stark hervor, und diese Muskeln zeigen eine bedeutende Härte, die auch keineswegs dem Grade activer Zusammenziehung entspricht und die bei längerem Innehalten der gleichen Armstellung allmählich nachlässt. Giebt man dem Patienten auf, den Vorderarm im Ellbogen gegen den Oberarm zu beugen, so vermag er dies nicht unmittelbar, sondern fixirt den Arm zuerst durch eine Senkung der Schulter und Auswärtsdrehung im Schultergelenk, und vollzieht alsdann lang-

sam die Beugung, wobei nun der Muskelbauch des Biceps ansehnlich hervorschwillt. Ganz derselbe Vorgang wiederholt sich bei intendirter Contraction des Triceps (Streckung des gebeugten Vorderarms im Ellbogengelenke). Keine deutlichen Sehnenphänomene am Triceps und Biceps; auch directes Beklopfen dieser Muskeln hat nur schwache Contractionen zur Folge. — Aehnliche Verhältnisse am Vorderarm. Bei Streckung der Hand im Carpalgelenk Rigor der Streckmuskeln; bei Beugung geringerer Rigor der Beugemuskeln; mechanische Contractilität auch hier nicht gesteigert.

Die Musculatur der übrigen Theile (Rumpf und Kopf) zeigt keine auffälligen Abnormitäten. Die Sprachbewegungen zwar ein wenig langsam, doch ungestört; beim Versuche zu pfeifen vermag Pat. allerdings nur die Lippen in eine vibrirende Bewegung zu versetzen ohne den Ton zu erzeugen; Zunge etwas dick und beim Herausstrecken zitternd. An den Augen keine Anomalien. Pupillenreaction bei directer und indirecter Lichtreizung deutlich vorhanden, bei ersterer jedoch etwas träge.

Die Hautsensibilität (Schmerzgefühl, Ort-, Druck- und Temperatursinn), das Gefühl für Stellung und Bewegung der Gliedmaassen etc. liessen an den oberen und unteren Extremitäten keine deutlichen Veränderungen erkennen. Spontane Schmerzen, Druckpunkte etc. nirgends vorhanden. Auch die übrigen, hier nicht ausdrücklich erwähnten Functionen ganz ohne Störung.

Elektrischer Untersuchungsbefund. Derselbe, in wiederholten Sitzungen genau aufgenommen, ergab eine sehr beträchtliche Herabsetzung der faradischen und galvanischen Nervenreizbarkeit, sowie der faradomusculären und galvanomusculären Contractilität; sowohl an den oberen wie an den unteren Extremitäten.

Ich lasse einige der erhaltenen Resultate — rechte Körperseite — hier folgen. (Beim faradischen Strom Zuckungsminimum nach Rollenabstand in Millimetern; beim galvanischen minimale KaSZ in M.-Amp. mit Hirschmann's absolutem Einheits-Galvanometer gemessen.)

Obere Extremität.

	Farad.	Galvan.
Plexus brachialis am Halse	59	3,0
N. accessorius	70	2,0
N. radialis	45	4,4
N. medianus	77	2,8
N. ulnaris	84	2,0
M. biceps (direct)	56	6,4
M. triceps (direct)	65	6,0
Exsensoren des Vorderarms, direct .	65	8,4
Flexoren, ebenso	60	6,0
Interossei	65	5,6

Untere Extremität.

	Farad.	Galvan.
N. cruralis	35	10,0
N. obturatorius	42	6,0
N. pro M. sartorio	35	6,2
N. pro M. vasto int.	38	8,8
N. pro M. vasto ext.	28	12,0
N. peroneus	73	3,8
N. tibialis	49	8,0
M. rectus femoris (direct)	28	10,4
M. tibialis ant. (direct)	42	12,0
M. peroneus longus (direct)	42	14,0
M. biceps femoris (direct)	48	14,0
M. gastrocnemius (direct)	28	12,0
M. glutaeus magnus (direct)	49	9,4

Nirgends eine Andeutung von EaR (KaSZ überall > AnSZ; kein veränderter Zuckungscharakter). —

Was den Verlauf des Falles betrifft, so kann ich hierüber nur bemerken, dass Elektricität und warme Soolbäder, seit circa acht Wochen angewandt, eine anscheinend günstige Einwirkung auf den Krankheitszustand ausübten. Patient entzog sich später einer regelmässigen Behandlung.

Die im Vorstehenden geschilderte eigenthümliche Motilitätsstörung erinnert offenbar in wesentlichen Zügen an die von Leyden (Klinik der Rückenmarkskrankheiten. I. S. 128) als „Rigidität der Muskeln, Muskelsteifigkeit", von Benedikt als „spastische Form von Muskelhypertrophie", sodann unter verschiedenen Bezeichnungen von Thomsen, Bernhardt, Seeligmüller, Strümpell beschriebenen Zustände, welche neuerdings Westphal[1] unter dem Namen der „Thomsen'schen Krankheit" zusammenzufassen gesucht hat. Von jenen Fällen aber, in denen es sich um eine angeborene Anomalie des Muskeltonus in Verbindung mit ungewöhnlichem Volumen der Muskeln (Westphal) zu handeln scheint, unterscheidet sich der meinige hauptsächlich durch folgende Differenzpunkte:

1) nicht congenitale, sondern acquirirte (ungefähr um das 20. Lebensjahr, ohne bekannte Aetiologie beginnende) Entwickelung des Leidens;
2) Mitbetheiligung der Blasenmusculatur;
3) völliges, beiderseitiges Fehlen des Kniephänomens; und endlich
4) bedeutende Herabsetzung der faradischen und galvanischen Nervenreizbarkeit, der faradomusculären und galvanomusculären Contractilität (auch wohl der directen mechanischen Excitabilität) in oberen und unteren Extremitäten.

Dass das Krankheitsbild durch Hinzutreten dieser Momente den Charakter einer schwereren, centralen (intramedullär bedingten) Neuropathie annimmt, bedarf wohl keiner weiteren Begründung.

[1] Berliner klinische Wochenschrift. 1883. Nr. 11.

II. Referate.

Experimentelle Physiologie.

1) Ueber ein neues Galvanometer und einige damit angestellte Versuche von A. Eulenburg. (Deutsche med. Wochenschr. 1884. Nr. 8. Mit Abbildung.)

Das von E. empfohlene Galvanometer ist von Hirschmann in Berlin angefertigt. Dasselbe gestattet, noch Stromstärken bis zu $^1/_{10}$ M.A. herunter zu differenziren und besitzt eine abstufbare Empfindlichkeit für die Benutzung bei schwachen, mittelstarken und sehr starken Strömen, ohne dass die Stromstärke dadurch verändert würde oder beim Uebergang von grösserer zu geringerer Empfindlichkeit oder umgekehrt eine Stromunterbrechung statt fände. E. benutzte dies Galvanometer u. A. zur Bestimmung der elektromotorischen Kraft der Batterie resp. einzelner Elemente, und zur Feststellung des galvanischen Zuckungsminimums. Dabei fand er an oberflächlich gelegenen Nervenstämmen KSZ schon bei 0,5—2,5 M.A., AnSZ (meist vor AnOZ) bei 1,2—3,5 und AnOZ bei 1,5—4,0 M.A. Im Allgemeinen fand er für die verschiedenen grösseren motorischen Nervenstämme weder überhaupt, noch auch bei einem und demselben Individuum erhebliche Unterschiede. An den Muskeln waren durchschnittlich etwas höhere Stromintensitäten erforderlich: minimale KSZ an Gesichts-, Hand- und Fussmuskeln bei 0,8—2,7; AnSZ bei 1,4—4,0; AnOZ bei 2,0—5,5 und darüber. Bei gesteigerter galvanomusculärer Contractilität, in Fällen von EaR im Gebiet des Facialis, Peroneus etc. fand er dagegen an den betreffenden Muskeln KSZ und AnSZ vielfach schon bei 0,1—0,2 M.A.; in einem Falle sogar KOZ schon bei 0,5—0,6 M.A., verbunden mit den gewöhnlichen Erscheinungen contracturartig trägen Ablaufs der Zuckung. Tuczek.

---

2) Zur Physiologie der gefässerweiternden und gefässverengernden Nerven von B. von Anrep und N. Cybulski. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1884. Nr. 20.)

Nach einer Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der Ansichten von den vasodilatirenden und vasoconstringirenden Nerven, wobei die Gründe, welche für die von den meisten Physiologen acceptirten Ansicht von Rouget, Goltz u. A. sprechen (— dass nämlich die gefässerweiternden Nerven als dem Hemmungsnervenapparate des Herzens analog wirkend aufzufassen seien —), dann aber auch die Gegengründe angeführt werden, theilen die Verff. ihre eigenen Versuche mit. Sie bedienten sich vorzugsweise der plethysmographischen Methode (cf. Original), durch welche die durch die wechselnde Gefässfüllung bedingten Volumveränderungen gewisser Organe, des Penis und besonders der Zunge, in Curven dargestellt werden.

Die Resultate der Verff. sprechen gegen die Annahme, dass sich die gefässerweiternden Nerven dem Vagus analog verhalten. Sie fanden 1) keine Analogie in Bezug auf das Verhalten nach Atropin-Vergiftung: selbst grosse Atropin-Dosen beeinflussten die Wirkung der elektrischen Reizung nicht, wie schon Heidenhain und Ostroumow gegen Nikoljski gefunden hatten; 2) keine Analogie in Bezug auf den unter allen Umständen übermächtigen Effect der Vagus-Reizung, da die Reizung gefässerregender Nerven den Effect der Reizung der Vasodilatatoren aufhebt. — Sie fanden dagegen, dass eine bestimmte Höhe des Blutdrucks eine unerlässliche Bedingung zum Zustandekommen einer bemerklichen Erweiterung der Gefässe ist. — Sie fanden ferner, dass keine wesentliche Verschiedenheit beider Arten von Gefässnerven, der Dilatatoren und der Constrictoren, besteht, indem sowohl die latente Reizperiode gleich, als auch die Stärke der Erweiterung resp.

Verengerung bei gleicher Zahl der Inductionsschläge, oder mit anderen Worten die Höhe wie Ausdehnung der Wellenhöhe der gezeichneten Curven, die gleiche ist.

Die Verff. glauben also zwei vollkommen selbstständige neuromusculäre Apparate in den Gefässwänden annehmen zu sollen, und sie schliessen sich Exner's Erklärung von dem Zustandekommen der Gefässdilatation an, wonach dieselbe durch die Contraction der Längsfasern erfolgt, welche das durch den Blutdruck in der Länge und Quere gedehnte elastische Gefäss verkürzte und dadurch nach physikalischen Gesetzen eine stärkere Wirkung des Blutdrucks in querer Richtung bedingte.

Hadlich.

---

3) Il tempo del processo psichico nell'estesiometria tattile del Buccola. (Rivista sperimentale di freniatria. 1883. XI. 2 e 3. p. 253.)

Unter ausführlicher Berücksichtigung der früheren Versuche über den Tastsinn berichtet Verf. über Zeitmessungen, die er angestellt hat hinsichtlich der Unterscheidungszeit für eine oder zwei Berührungen an der Fingerspitze und am Handrücken (transversal). Er bediente sich dabei des Hippschen Chronoskops und eines eigens construirten Tasters, der im Momente der Berührung einen Contact schloss. Die für ein Individuum vollständig, für ein anderes bruchstückweise vorliegenden, mit Vexirversuchen nach der Methode der richtigen und falschen Fälle gewonnenen Resultate ergaben mit zunehmender Uebung und Vergrösserung der Tastdistanz Abnahme des Procentsatzes der Fehler, sowie der Unterscheidungsdauer, ferner kleinere Unterscheidungszeiten für die Fingerspitze, als für den Handrücken, wie Verf. schon früher gefunden hatte. Doppelberührungen wurden meist etwas rascher unterschieden, als einfache, nach Ansicht des Ref. wohl wegen der mehr auf sie eingestellten Aufmerksamkeit. Die absolute Grösse der Unterscheidungsreactionen kommt derjenigen einfacher Reactionen sehr nahe (z. B. Fingerspitze „3 mm Abstand: 0,154"); leider sind für letztere keine gesonderten Bestimmungen angegeben. E. Kräpelin.

Pathologie des Nervensystems.

4) Ueber ein wenig bekanntes Symptom der Meningitis von Kernig. (Wratsch. 1884. Nr. 26—27. Russisch.)

Sowohl bei der epidemischen cerebro-spinalen, als auch bei der gewöhnlichen oder tuberculösen Meningitis sind Contracturen der Nacken- und Rückenmuskeln eine häufige Erscheinung; an den Extremitäten jedoch werden gewöhnlich keine Contracturen beobachtet, wenn man die Patienten in gestreckter Bettlage untersucht. Indessen fand Verf. ein anderes Verhalten, wenn man die Kranken sich setzen lässt, so dass die Beine herabhängen. In diesem Fall nimmt einerseits die Contractur der Nacken- und Rückenmuskeln zu, andererseits kommt dann eine Contractur der Beuger des Kniegelenks zum Vorschein: die Extremitäten lassen sich im Kniegelenk nicht gerade ausstrecken, sondern nur bis zu einem stumpfen Winkel von ungefähr 135°, in manchen Fällen sogar nur bis zu einem geraden Winkel. Diese Erscheinung bietet nach K.'s Behauptung bei der Meningitis eine solche Beständigkeit, dass sie in diagnostischer Hinsicht eine wichtige, zuweilen sogar entscheidende Bedeutung besitzt.

Verf. hatte Gelegenheit im Laufe der letzteren Jahre im St. Petersburger Obuchow-Hospital 15 Fälle von acuter Meningitis zu beobachten; davon waren 13 epidemische Cerebrospinalmeningitis, 1 tuberculöse und 1 eitrige Leptomeningitis. 8 dieser Fälle kamen zur Section, und letztere bestätigte die Diagnose; in den anderen war sie durch genaue Beobachtung des Krankheitsverlaufs gesichert. In allen wurde Contractur der Beuger des Kniegelenks constatirt, wenn man die Untersuchung

in sitzender Stellung vornahm. Letztere hat nach K.'s Meinung nur die Bedeutung, dass dabei die Oberschenkel sich in starker Flexion befinden, denn die Contractur lässt sich nicht mehr constatiren, sobald die Beine gestreckt sind, wie beim Liegen, Stehen oder Gehen.

Verf. beobachtete das in Rede stehende Symptom auch in 6 anderen Krankheitsfällen, in denen keine eigentliche Leptomeningitis bestand, wo jedoch — wie die Section erwies — die Pia mater in anderer Weise afficirt war, durch Oedem, Hämorrhagien etc. In einem protrahirten Fall cerebrospinaler Meningitis, der sich $2^1/_2$ Monate lang hinzog, verschwand das bezeichnete Symptom während der Remissionen, stellte sich aber wieder ein, sobald die Intensität der Krankheitserscheinungen zunahm. P. Rosenbach.

---

5) Tumeur sarcomateuse occupant les deux couches optiques par Richardière. (Soc. anat.; Progr. méd. 1884. No. 20.)

Beide Sehhügel waren völlig in der Neubildung aufgegangen; linkerseits fand sich eine frische Hämorrhagie in dem benachbarten Hemisphärenmark. Auf letztere ist eine 3 Wochen vor dem Tode aufgetretene rechtsseitige Parese zu beziehen. — Die Affection der Sehhügel war offenbar lange Zeit latent geblieben; erst 6 Wochen vor dem Tode traten Gedächtnissschwäche und Apathie als einzige Erscheinungen auf, während Sensibilität, Seh- und Hörvermögen völlig intact blieben bis zum Tode, den eine Blutung in den linken Seitenventrikel herbeiführte.

Tuczek.

---

6) A case with tumor in the optic thalamus by T. A. Mac Bride. (American Journ. of Neurol. and Psychiatr. 1884. III. p. 63.)

Wallnussgrosser Tumor (Gumma?) von der Grenze des mittleren und hinteren Drittels des rechten Thalamus opt. ausgehend, das Corpus callosum in seiner ganzen Dicke durchsetzend und daher auf der freien Fläche desselben in der Medianspalte des Grosshirns sichtbar. Der mittlere und die Seitenventrikel sind dilatirt, sonst keine wesentliche Abnormität im Hirn.

48jähr. Mann, seit 3 Jahren an sehr heftigem Kopfweh besonders in der linken Hinterhauptshälfte leidend, bemerkte seit einigen Monaten eine Steigerung der Schmerzen und eine gewisse Schwerfälligkeit beim Gehen und Verrichten seiner gewöhnlichen Arbeiten. Schnelle Abnahme des Gehörs und des Gedächtnisses. 2 heftige Krampfanfälle, der erstere 2 Monate, der andere 2 Tage vor der Aufnahme in das Krankenhaus, mit linksseitiger Hemiplegie. Bei der Aufnahme war indess neben linker Facialparalyse nur noch eine motorische Parese der linken Extremitäten und eine Ablenkung der Zunge nach links nachzuweisen. Percussion des Schädels war nur über dem linken Proc. mastoideus schmerzhaft. In rasch zunehmendem Stupor starb Patient nach wenigen Tagen. Die Augen hatten nicht ophthalmoskopisch untersucht werden können. Sommer.

---

7) Tuberculose de l'encéphale par Ayrolles. (Soc. anat.; Progr. méd. 1884. No. 9.)

2 fast eigrosse Tuberkel; der eine im oberen Wurm des Kleinhirns, der andere im vorderen Abschnitt des rechten Sehhügels, die innere Kapsel, den Linsenkern, Vormauer und äussere Kapsel zum Theil einbegreifend. Von Herdsymptomen hatte nur linksseitige Lähmung des Abducens und unteren Facialisgebiets und Parese der linken Ober- und Unterextremität bestanden. Mässige Amblyopie. Tod an Bronchopneumonie. In den Organen der Brust- und Bauchhöhle keine Tuberkel.

Tuczek.

---

8) **Ramollissement du lobe droit du cervelet. — Tendance au recul pendant la dernière année de la vie. Mort par hémorrhagie dans le corps strié** par Lévêque. (Soc. anat.; Progr. méd. 1884. No. 25.)

Der Titel besagt das Nöthige; die blutige Apoplexie, auf welche die Erweichung der Kleinhirnhemisphäre zurückzuführen war, hatte 5 Jahre vor dem Tode stattgefunden und nur vorübergehende Hirndruck- und Lähmungserscheinungen zur Folge gehabt. Tuczek.

---

9) **Méningite aiguë; — kyste du cervelet** par Dauchez. (Soc. anat.; Progr. méd. 1884. No. 25.)

Die linke Kleinhirnhemisphäre war in eine Cyste umgewandelt; die meningitischen Befunde beschränken sich auf Adhäsionen mit der Rinde. Lange Zeit war die Kleinhirnaffection latent geblieben; 3 Wochen vor dem Tode begann der 17jährige Kranke über Kopfweh zu klagen; 3 Tage vor dem Tode trat Nackenstarre, dann Anästhesie und Analgesie der linken Körperhälfte ein. Tuczek.

---

10) **Tumores cerebri** von Gläser. Aus der I. Abth. d. med. Station des Hamburger Allg. Krankenh. (Berl. klin. Wochenschr. 1883. Nr. 52.)

Summarischer, klinischer und anatomischer Bericht über 5 Fälle von Hirntumor, 1 in der Hypophyse, 3 in Balken, 1 im Hinterhauptslappen. Tuczek.

---

11) **A statistical inquiry into the nature and treatment of epilepsy** by A. Hughes Bennet. (London 1884.)

In der vorliegenden Brochüre hat Verf. einige seiner älteren Aufsätze über Epilepsie, die in verschiedenen Zeitschriften erschienen waren, vereinigt und es würde daher ein Referat an dieser Stelle nicht nothwendig sein, wenn nicht einzelne interessante Notizen ihre Wiedergabe rechtfertigten.

So seien zunächst einige statistische Angaben erwähnt. 100 Fälle klassische, Epilepsie vertheilen sich nach Verf. auf 47 Männer und 53 Frauen. Der Beginn des Leidens datirt meistens — bei 57 % — aus den beiden ersten Jahrzehnteln doch erkranken besonders Männer noch häufig genug in späterer Zeit, wie die forr gende Tabelle beweist. Von 100 Epileptikern (47 M. + 53 Fr.) erkrankten im Alte-

von	0—10	Jahren	9	Männer	+ 14	Frauen	= 23 %
„	10—20	„	11	„	+ 23	„	= 34 %
„	20—30	„	14	„	+ 9	„	= 23 %
„	30—40	„	10	„	+ 6	„	= 16 %
„	40—50	„	1	„	+ 0	„	= 1 %
„	50—60	„	2	„	+ 1	„	= 3 %

Heredität (bei sorgfältiger Anamnese) ist nur bei 41 % nachweisbar und dabei sind ausser den neuropsychopathischen Leiden noch Phthisis und Asthma als belastend einbegriffen. Dagegen ist die Häufigkeit auffallend, mit der epileptische Angehörige in der betreffenden Familie vertreten sind: 63,4 % aller Hereditarier hatten einen oder mehrere Epileptiker und 12,1 % Irre unter ihren Verwandten.

Erwähnenswerth dürfte es auch noch sein, dass 15 % aller Epileptiker und 43,7 % aller derjenigen, deren Anamnese Angaben über frühere Erkrankungen der Betreffenden mittheilt, während der Dentition an „Zahnkrämpfen" gelitten haben. Eine specielle Ursache zum Ausbruch der Epilepsie ist bei 57 % nachzuweisen; Kopfverletzungen werden am häufigsten in dieser Hinsicht angeklagt, Schreck eigenthümlicher Weise nur bei 5 % der positiven Fälle.

Was die Symptomatologie betrifft, so ist „Epilepsia gravior" bei 62, E. mitior bei 10 und eine Combination beider Formen bei 28 % zu beobachten. Bei der schwereren Form finden sich präparoxysmelle Symptome in 65,5 %; sie bestehen in nicht weniger als 72,8 % der letzteren in dem Auftreten bestimmter Auraerscheinungen auf sensiblem oder motorischem Gebiet. In 41 % aller Fälle ist stundenlanger Kopfschmerz ein regelmässiger Folgezustand eines Anfalles. In den Intervallen macht sich eine Abschwächung der Intelligenz bei etwa 25 % bemerklich.

Sehr ausführlich sind die Angaben des Verf. über die Erfolge seiner Therapie. Seine Verordnung bestand in Brompräparaten in Dosis von 30 Gran = 1,8, 3mal pro die; gewöhnlich gab er Bromkalium und Bromammonium zu gleichen Theilen. Wenn nach 14 Tagen keine wesentliche Besserung zu sehen war, so wurde jede Dosis um 10 Gran erhöht; mehr als 60—80 Gran 3mal pro die — ca. 15,0 — waren fast niemals erforderlich. In dieser Weise wurde dann die Behandlung lange Zeit hindurch, mit allmählicher Verkleinerung der täglichen Dosis fortgesetzt. Von 117 Fällen, in denen die Brombehandlung mindestens 6 Monate, z. Th. aber sogar 3—4 Jahre gedauert hatte, wurde ein völliges Fortbleiben der Anfälle 14mal (2mal auf die Dauer von 4 Jahren) constatirt. In 83,3 % trat eine bedeutende Abnahme in der Zahl der Anfälle ein, in 2,3 % war keine Besserung und in ebenfalls 2,3 % sogar eine Verschlechterung nachzuweisen.

Nach Verf. Erfahrungen wird Ep. gravior und Ep. diurna günstiger beeinflusst, als E. mitior und E. nocturna; hereditäre Belastung an sich giebt indess keine schlechtere Prognose, und merkwürdiger Weise auch nicht das höhere Alter der Patienten oder das längere Bestehen der Krankheit vor dem Beginn der Behandlung.

Verf. empfiehlt daher die Bromtherapie in allen Fällen von Epilepsie; er macht noch besonders darauf aufmerksam, dass er in seiner sehr grossen Praxis keinmal ernstliche Nachtheile selbst von lange Zeit hindurch fortgesetzter Verordnung grosser Dosen gesehen hat. Die Arbeit ist überzeugend geschrieben und besonders die therapeutischen Abschnitte werden jedem Neuropathologen interessante Einzelheiten bieten. Sommer.

---

12) Accidents consécutifs à la compression habituelle du cubital chez un ouvrier employer à ouvrager le verre par Gilbert Ballet. (Revue de médecine. 1884. Juin p. 484.)

Bei einem Glasarbeiter, der sich bei seiner Arbeit beständig auf die Ellenbogen aufstützen musste, entwickelte sich allmählich: taubes Gefühl in den beiden letzten Fingern der rechten Hand, Schmerzen längs des inneren Randes des Vorderarmes bei Druck auf den Ulnaris, Erschwerung beim Spreizen und Wiedernähern der Finger, leichte Atrophie des Adductor pollicis.

B. macht darauf aufmerksam, dass ähnliche Störungen schon früher wiederholt bei Arbeitern beobachtet sind, deren Beschäftigung eine anhaltende Compression des Ulnarnerven bedingt (cf. Leudet, névrite cubitale provoquée par des contusions répétées dans certaines professions. Progr. méd. 1883. p. 697). Strümpell.

---

13) Troubles nerveux complexes des extrémités consécutifs à une blessure du nerf cubital par L. Cénas. (Revue de Médecine. 1884. Juin p. 479.)

Ein Soldat erlitt 1870 eine Schussverletzung des rechten N. ulnaris am Ellenbogen. Wenige Tage darauf stellte sich eine Beugecontractur der 3 letzten Finger der rechten Hand ein, welche seitdem constant blieb. 6 Jahre später stellten sich Schmerzen in der Gegend des Schulterblattes ein, und allmählich entwickelten

sich in der Palmarfascie der linken Hand jene allmähliche narbenähnliche Schrumpfung, welche unter dem Namen der „Dupuytren'schen Fingercontractur" bekannt ist. Die Musculatur des linken Daumenballens wurde deutlich etwas atrophisch; auch die Sensibilität der Hand zeigte eine deutliche Störung.

Eine sichere Erklärung des Zustandekommens dieser Erscheinungen kann nicht gegeben werden. „Reflexstörungen", „ascendirende Neuritis" und dgl. sind die Schlagworte, welche das mangelnde Verständniss verdecken sollen. Strümpell.

---

14) Die locale Verbreitung der Trophoneurosen von Julius Liebeschütz aus Memel. (Inaugural-Dissertation. Strassburg 1883.)

Fall aus der Lücke'schen Klinik: 10jähriges Mädchen, hat im 3. Lebensjahre Scharlach überstanden. Ein halbes Jahr nachher Atrophie und Behinderung der Beweglichkeit im linken Beine, ein halbes Jahr später am äusseren Rand des linken Fusses hornartige Kruste, die abscedirte, und eine Fistel zurückliess. Später hornartige Erhebung an der Innenseite des linken Fusses. Im Alter von 10 Jahren: Linke untere Extremität in allen Dimensionen verkürzt; braune Pigmentirung besonders an der Hinterseite des Ober- und Unterschenkels. Contracturen an Adductoren des Femur, wie Flexoren des Unterschenkels. Fuss in Hyperextension und etwas in Vagusstellung. Muskeln des Fusses fast ganz geschwunden; Haut dort mit unregelmässig zerstreuten Pigmentflecken und asbestartigen Schuppen bedeckt. Glutaeen stark atrophirt, ebenso linke grosse Labia. Temperatur am rechten Oberschenkel um 0,3—0,8, am Unterschenkel und Fussrücken um beinahe 3°, links niedriger, als rechts. Fast der ganze linke Fuss fühlt sich steinhart an. Keine erheblichen Differenzen der Sensibilität.

Linke Arteria cruralis viel kleiner, als rechte. Oberschenkel rechts 28,5, links 26 cm, Unterschenkel rechts 26, links $20^1/_2$ cm.

Umfang um die Mitte des Oberschenkels rechts 33,5, links 22,5 cm, des Unterschenkels 22,5, resp. 10,5, des Fusses 16, resp. 12.

Keine Entartungsreaction. Gegen die Annahme einer spinalen Kinderlähmung spricht nach Verf., dass 1. niemals eine Lähmung stattgefunden, 2. die Pigmentirung der Haut, 3. der Verlust des Extens. digitor longus und brevis, in denen keine elektrische Reaction, war durch Eiterung entstanden, im Gegensatz zu dem Schwund durch Herde in den spinalen Centren. Er hält den Fall für eine Hemiatrophia neurotica progressiva, wie sie als Hemiatrophia facialis häufig beobachtet M.

---

15) Neuropathologische Mittheilungen von Dr. L. Löwenfeld in München. **I. Ein weiterer Fall von Paramyoclonus multiplex** (Friedreich), **Myoclonus spinalis multiplex** (Löwenfeld).

L. hat einen dem von Friedreich als Paramyoclonus multiplex beschriebenen ähnlichen Fall beobachtet. Bei einem 10jährigen anämischen Knaben entwickelte sich ohne nachweisbare Veranlassung, zuerst am rechten, dann am linken Arm, später an den Beinen auftretend, die eigenthümliche krampfhafte Affection bestimmter Muskeln. Dieselbe bestand in rasch auf einanderfolgenden kurzen Contractionen, die oft sehr deutlich fühlbar, aber doch nicht so erheblich waren, um einen Bewegungseffect zu erzeugen. An den oberen Extremitäten waren Biceps, Supinator longus, Brachialis internus, Deltoideus, Triceps (zuweilen auch links der Pectoral. major), an den unteren Extremitäten die Mm. rect. femor., vastus intern., gracilis, semitendinosus, semimembranosus besonders betheiligt. Bei activen Bewegungen, speciell der betreffenden Muskeln, verschwanden die Contractionen. Die Betheiligung der verschiedenen Muskeln war durchaus keine constante und gleichmässige; nahezu beständig war nur der

Supinator long. in Bewegung, wenigstens auf einer Seite. Die Zahl der participirenden Muskeln stand stets in gewisser Beziehung zur Intensität des Krampfes. Es bestand wie in Friedreich's Fall erhöhte Reflexerregbarkeit der afficirten Muskeln. Die Einwirkung kühler Luft, Kneipen einer Hautfalte, Druck auf die Musculatur steigerte Intensität und Ausbreitung der Krämpfe. Die Zuckungsfrequenz der einzelnen Muskeln war nicht nur zu verschiedenen Zeiten, sondern auch in einem und demselben Zeitraum sehr wechselnd. Die faradische und galvanische Erregbarkeit der Muskeln, wie der Nervenstämme war normal.

Abgesehen von ganz vorübergehenden Parästhesien in den Händen und permanentem Müdigkeitsgefühl bestanden keine Störungen der Sensibilität.

6wöchentliche Galvanisation längs der Wirbelsäule und „Rückenmarksplexusströme" besserten nur wenig, eclatanter Fortschritt wurde durch Aenderung der Methode — Einschaltung des Ganglion symp. suprem. in den Stromkreis, neben Gebrauch von Zinc. valerianic., erreicht, das Leiden in der Hauptsache gehoben.

Verf. macht darauf aufmerksam, dass in seinem Fall überwiegend dieselben Muskeln wie in dem Friedreich'schen ergriffen waren. Die Verstärkung der Krämpfe durch Druck führt er nicht auf die Hautreizung zurück, wie F., sondern betrachtet dieselbe als von den sensiblen Muskelnerven ausgelöste Reflexaction.

Den Ausgangspunkt des Leidens sucht L. in den grauen Vorderhörnern des Rückenmarks und glaubt sogar aus der Betheiligung bestimmter Muskelgruppen auf die Localisation in speciellen Kernregionen, wenigstens für die oberen Extremitäten, schliessen zu dürfen. Die Auffassung des Leidens als Schreckneurose, die Friedreich nach der Aetiologie seines Falles ausgesprochen hatte, scheint L. mit der Geschichte seines Falles unverträglich. Voraussetzung scheint ihm neuropathische Disposition, die auslösende Ursache kann verschieden sein.

Im Hinblick darauf, dass die Affection in seinem Fall einige Zeit hindurch einseitig war und dass es sich um Muskelkrämpfe im Bereich spinaler Nerven (oder vom Rückenmark ausgehend) handelt, schlägt L. anstatt der Friedreich'schen Bezeichnung den Namen Myoclonus spinalis multiplex vor. Eisenlohr.

---

16) Fall einer Sympathicusaffection im Gebiete des Auges von Dr. A. Nieden. (Ctrlbl. f. prakt. Augenheilk. 1884. Juniheft.)

In Folge eines Flussbades zog sich der 51jährige Br. eine Erkältung zu, welche folgende Erscheinungen, die plötzlich und nur auf der rechten Kopfhälfte auftraten, machte: Lidspaltverengerung, Pupillarcontraction, leichtes Zurückgezogensein des Bulbus, Gefässparalyse, die mit Hülfe eines Sphygmographen von Dudgen nachgewiesen wurde, und Anhidrosis der Stirn- und oberen Augenlidhaut. Weder der M. orbicularis, noch Levator palp. sup. waren gelähmt, das Augeninnere war normal, nur schien das intraoculare Gefässsystem der Chorioidea und Retina rechts eine stärkere Füllung zu haben, als links.

Es liegt also hier eine Lähmung der Sympathicusäste vor, die die Oculopupillar- und Müller'schen Muskeln, sowie die Art. temporalis, frontalis und supraorbitalis versorgen. Das Schädlichkeitsmoment wirkte wahrscheinlich auf einen Theil des die obere Carotis umspinnenden Geflechtes des Sympathicus störend ein, ohne eine tiefere Läsion des Halsstranges, der auf Druck unempfindlich war, zu setzen. Allgemeine Diaphorese, ebenso Jodkalium und Galvanisation waren ohne Einfluss, doch besserten sich die Symptome im Laufe von 9 Monaten spontan. Rosenheim.

---

17) Hysterical or nervous breathing by W. Martin Coates. (British med. Journal. 1884. 5. July.)

Verf. glaubt eine bisher nicht genauer beschriebene Affection hysterischer Natur mehrfach beobachtet zu haben und theilt die bezüglichen Krankengeschichten mit.

Es handelt sich meistens um nicht sehr robuste Individuen, die an Lungenschwindsucht zu leiden glauben und an objectiven Symptomen einen sehr hartnäckigen eigenthümlichen Husten, ausserordentlich schnelle und oberflächliche Inspirationen und vielfach leicht blutige Sputa darbieten, die aber venösen Charakters sind und nachweisbar aus mehr oder weniger absichtlichen Verletzungen des Zahnfleisches etc. herstammen. Die physikalische Untersuchung ergiebt in Uebereinstimmung mit dem relativen Wohlbefinden der Patientinnen keine Spur einer Lungenerkrankung. In vielen Fällen wird die Auscultation schwierig, weil die Kranken auf keine Weise zu bewegen sind, eine tiefere Inspiration zu machen, der sie nicht fähig zu sein glauben. Verf. empfiehlt dann schnell und laut zählen zu lassen ohne Athem zu holen, weil sich dann endlich einmal eine tiefe Athembewegung nothwendig machen muss, die über der ganzen Lunge das normale vesiculäre Athmen herstellt. In allen Fällen trat Heilung ein, sobald unter Hinweis auf das Nichtbestehen eines Lungenleidens eine moralische Behandlung und Verbringung in hygienisch geordnete Verhältnisse angeordnet wurde. Sommer.

Psychiatrie.

18) **Psychose nach Rheumatismus articulor. acut. und nach Pneumonia crouposa** von Eidam. (Berl. klin. Wochenschr. 1884. Nr. 12.)

Aus der 1. Krankengeschichte — Psychose von 7 Monate langer Dauer nach Polyarthritis rheum. — lässt sich eine bestimmte Form von Seelenstörung nicht erkennen. Verf. spricht von „Melancholie mit Stupor und maniacalischer Erregung". Es scheint sich um Erregungszustände ängstlicher Art bei auf traumhafte Stufe gesunkenem Bewusstsein gehandelt zu haben.

Der 2. Fall ist offenbar nichts anderes als Delirium potatorum.

Tuczek.

19) **On some mental symptoms of ordinary brain-disease** by Dr. Gasquet. (Journ. of ment. science. 1884. April p. 74.)

Berichtet kurz über 4 Fälle von grober Hirnaffection mit psychischen Erscheinungen.

1) Fall von multipler Sklerose; etwa 14 Tage nach dem Auftreten der somatischen Erscheinungen Grössenwahnideen paralytischen Charakters, welche bis zu dem 2 Jahre später eintretenden Tode andauern; dabei Krankheitseinsicht nach der somatischen Seite hin.

2) Syphilis; im Anschluss an 2 Anfälle acute Manie, darnach paralytischer Grössenwahn, Anfälle von Rindenepilepsie, Tod.

3) Chronische multiple Hirnerweichung, paralytischer Grössenwahn, unterbrochen von kurzdauernden ängstlichen Zuständen.

4) Apoplectischer Anfall mit nachfolgender r. Hemiplegie, paralytischer Grössenwahn, später Demenz, Verworrenheit.

Als vielleicht differentialdiagnostisch verwerthbar gegenüber der Paralyse hebt G. hervor das Fehlen von auf Muskelkraft oder sexuelle Potenz bezüglicher Wahnideen. A. Pick.

20) **Insanity of twins. — Twins suffering from melancholia** by A. F. Mickle. (Journ. of ment. science. 1884. April.)

Geistesstörung bei Zwillingen, bemerkenswerth wegen der Aehnlichkeit der psychischen Erscheinungen der physisch einander sehr ähnlichen, von einander getrennt lebenden Geschwister. A. Pick.

21) Moral insanity by J. Workmann. (The Canadian practitioner. 1883. p. 10.)

Energische und berechtigte Zurückweisung der Krankheitsform „moral insanity", sobald man unter dieser von Pritchard eingeführten Bezeichnung moralische Verderbtheit bei gleichzeitiger Integrität der Intelligenz versteht. In allen Fällen, in denen Verf. zu jener Diagnose hätte gelangen können, hat sich entweder ein bereits seit längerer Zeit bestehender psychischer Defect herausgestellt oder eine evidente Geistesstörung (spec. Paralyse) trat nach längerer oder kürzerer Beobachtung ein. Interessant ist folgender Fall: 2 Schwestern erkrankten in längerem Zwischenraum nach einander unter den schwersten Erscheinungen der moralischen Depravation. Die erstere wurde sofort einer Irrenanstalt zugeführt, wo sie sich sittsam benahm und nicht die geringsten Andeutungen einer psychischen Schwäche oder einer specifischen Geistesstörung zeigte, und nach einem verunglückten Versuch später doch als völlig normal entlassen werden konnte.

Die zweite aber in ganz identischer Weise, moralisch verderbend, kam erst nach Jahren und zwar in völlig verblödetem Zustande in die Anstalt; sie hatte nicht das Glück gehabt, im Beginn ihrer Erkrankung in sachverständige Behandlung zu kommen und zeigte an sich, was aus ihrer Schwester voraussichtlich geworden wäre, wenn ihre Geistesstörung, obschon sie selbst für den erfahrenen Irrenarzt nicht diagnosticirbar war, unbehandelt geblieben wäre. Jedenfalls war dieser Fall, obschon er von vielen Aerzten als Beweis für die Existenz einer „moral insanity" im Pritchard'schen Sinne angeführt wurde, kein solcher; die Krankengeschichte der jüngeren Schwester bewies, dass die Depravation der älteren nur als Prodrom einer zweifellosen Geistesstörung aufgefasst werden durfte. Sommer.

---

22) Caso tipico di follia morale pei dott. Musso e Stura. (Archiv. di psichiatr. science penali etc. 1884. III. p. 182.)

Allerdings ein typischer Fall von „moralischem Irresein" mit einem angeborenen — mindestens schon im 7. Lebensjahr evidenten — Defect eines jeden ethischen Gefühls. Der jetzt 16jährige Junge, 11. Sohn eines luetischen und vagabondirenden Potators und einer von ihrem Mann inficirten Mutter, selbst mit congenitaler Lues behaftet, während sämmtliche Brüder gesund und sittlich intact sind, ergab sich seit dem 7. Jahre der Trunksucht und der Vagabondage, zertrümmerte bei dem geringsten Widerspruch Mobiliar, sowie Fenster und Thüren, schlug und biss rücksichtslos auf seine Umgebung ein, unterschlug und stahl, was er nur erlangen konnte, ergab sich der Masturbation und der leidenschaftlichen Thierquälerei. Im 10. Jahre ging er mit einer Seiltänzergesellschaft durch und wurde nun täglichen Chloroforminhalationen unterworfen, um die Vorübungen für die Gelenkigkeit eines Jongleurs schmerzlos zu machen! Schon im nächsten Jahre musste er indess wegen seiner unsinnigen Rücksichtslosigkeit der Zwangserziehung übergeben werden und wurde nach mehrmaligen Brandstiftungen zu 3 Jahren Gefängniss verurtheilt. Hier überstand er einen schweren Typhus mit hervorragenden Hirnsymptomen und litt seitdem an epileptischen Krämpfen und Dämmerzuständen. Endlich erfolgte seine Ueberführung in eine Irrenanstalt, in der er sich noch jetzt als gemeingefährlicher Irrer befindet.

Sein Körper- und Schädelbau entspricht ganz dem Bilde, das Lombroso von dem „Delinquente-nato" entwirft; besonders das Gesicht zeigt die deutlichen Kennzeichen der atavistischen Degeneration: schiefe Augen, asymmetrische Nase, mächtige Kiefer, alveoläre Prognathie, massige Eckzähne etc. Ein derartiges Individuum mit seiner angeborenen Unfähigkeit, sich den bestehenden Sitten und Gesetzen unterzuordnen, ist eben nicht ein Product des modernen Lebens, sondern ein unseliger Mensch, der psychisch und somatisch eine inferiore Race reproducirt, die längst ausgestorben ist und die nur durch atavistischen Rückschlag gelegentliche Beweise ihrer

früheren Existenz giebt. Bei der erfahrungsmässigen Incorrigibilität derartiger Individuen ist ihre Ausrottung, was die Humanität natürlich nie gestatten kann, oder ihre dauernde Unschädlichmachung — am besten in einer Anstalt für irre Verbrecher — im Interesse der menschlichen Gesellschaft dringend geboten. Sommer.

---

23) Zur Symptomatologie der primären Paranoia von Greidenberg. (Wjestnik psychiatrii i nevropatologii. 1884. I. Russisch.)

Verf. berichtet über 3 Fälle der genannten Krankheitsform, die in der Klinik des Prof. Mierzejewsky beobachtet wurden. Es handelt sich in allen dreien um primär aufgetretene Wahnideen, die zu ausgebildetem Verfolgungswahn Veranlassung gaben, mit entsprechenden Zwangsvorstellungen und Sinnestäuschungen. Von besonderem Interesse ist ein Fall, in welchem Patient lange Zeit die Wahnidee hatte, dass er in zwei Hälften getheilt sei, eine gute und eine böse; zugleich bestand ein Dualismus zwischen den Gehörshallucinationen an beiden Seiten. So z. B. sprach man ihm in's linke Ohr, er solle sich das Leben nehmen, während er rechterseits Stimmen hörte, die ihn von dieser That zurückhielten. Verf. lässt die Frage unentschieden, in welcher Beziehung diese Erscheinungen zu einander standen, d. h. ob die Wahnidee der Körpertheilung die Differenz der Sinnestäuschungen an beiden Seiten bedingte, oder umgekehrt. P. Rosenbach.

Therapie.

24) Natrum salicylicum bei Hemicranie von Finkenstein. (Wratsch. 1884. Nr. 29. Russisch.)

Nach den Erfahrungen des Verfassers, die auf 14 Beobachtungen beruhen, ist Natr. salicyl. ein sicheres Mittel um Anfälle von Migräne, wenn dieselbe nicht neuroparalytischer, sondern sympathico-tonischer Natur sind, zu lindern und sogar zu coupiren. Er verabreichte gewöhnlich 2 Gramm und wiederholte diese Dosis nach einer halben Stunde. In vielen Fällen verschwand der Kopfschmerz in 5—10 Minuten nach der zweiten Dosis. P. Rosenbach.

---

25) Epilepsy treated with hydrobromate of conia by R. Norris Wolfender. (The Practitioner. XXXII. Nr. 6. p. 431.)

Gestützt auf 7 Fälle von Epilepsie, welche übrigens durch die angewandte Medication gar nicht einmal so sehr günstig beeinflusst worden waren, empfiehlt Verf. ein neues Präparat, Coniinum hydrobromicum. 1—2 Decigramm pro die würde die Maximaldosis für einen Erwachsenen sein, doch haben schon wesentlich kleinere Gaben heftige Kopfschmerzen, Schwindel und Congestionserscheinungen der Conjunctiva gelegentlich hervorgerufen. Ein Versuch mit dem neuen Mittel wird immerhin gestattet sein, wenn man sich auch keinen grossen Illusionen über seine Wirksamkeit hinzugeben braucht. Sommer.

Forensische Psychiatrie.

26) Examen médico-légal de l'affaire T... par Legrand du Saulle. (L'Encéphale. 1884. No. 3. p. 299.)

Geistreiches Exposé über einen interessanten Rechtsfall, in welchem die liebenden Verwandten und muthmaasslichen Erben eines ländlichen Gutsbesitzers sich dessen

wiederholten Wünschen nach Verehelichung jedesmal widersetzten und die Interdictionsklage anstrengten. Herr T... war von Mutters Seite erblich mit Seelenstörung belastet und hatte selbst drei, wenn auch nur kurze, Anfälle von Seelenstörung. L. nimmt energisch die Partei des Exploranden, indem er seine vollkommene Dispositionsfähigkeit nachzuweisen sucht. (Auffallend bleibt doch der Umstand, dass T... die Heirathsprojecte jedesmal kurz nach der vorgekommenen Geistesstörung machte. Ref.) Siemens.

---

27) Des délires instantanés, transitoires consécutifs à des crises épileptiques au point de vue médico-légal par Motet. (L'Encéphale. 1884. No. 1. p. 19.)

M. theilt einige interessante gerichtliche Fälle mit, bei denen im Gefolge von Kopfverletzungen neben und nach Anfällen von Krämpfen und von plötzlicher Bewusstlosigkeit auch solche von impulsivem Irresein auftraten. Er sagt, dass diese Fälle sich von der gewöhnlichen Epilepsie durch den Umstand unterschieden, dass das „pathogene Gesetz" der Epilepsie bei ihm nicht zutreffe. Dieses „pathogene Gesetz" lautet nach Lasègue: „Die wahre Epilepsie lässt als Ursache eine Missbildung des Schädels erkennen. Diese Missbildung rührt nicht aus der Kindheit her, sondern aus der Periode der Consolidation der Schädelknochen, sie entwickelt sich zwischen dem 12. und 20. Jahre; die Asymetrie des Gesichts ist ihr Symptom, letztere entspricht der Basis cranii, welche ihrerseits eine unregelmässige auf die Basis des Gehirns ausübt." Die oben bezeichneten Anfälle der „Cerebralen" werden ausgelöst durch Alcohol, durch Gemüthsbewegungen etc.

Der eine der Kranken hatte in einem solchen impulsivem Anfall u. A. auf eine scheussliche Weise zwei Pferde misshandelt, indem er seinen Arm tief in das Rectum dieser Thiere einführte und ihnen mit der Hand die Eingeweide zerriss. Hinterher verfiel er in tiefen Schlaf. — Der zweite Kranke irrte unter Mitnahme einer grösseren ihm zur Besorgung anvertrauten Geldsumme ohne Ziel und Zweck eine Zeit lang in dem Lande umher. Siemens.

---

28) A lecture on the relation of madness to crime by J. C. Bucknill. (Brit. med. Journ. 1884. 15. and 22. March.)

Eine nur auf die englischen Rechtsverhältnisse bezügliche Arbeit, die aus guten Gründen die Verwerfung der bisher in Grossbritannien zu Rechts bestehenden Definitionen des Irreseins in besonderer Rücksicht auf die forense Praxis und eine Umgestaltung der Strafprocessordnung fordert. So wird nach den jetzigen Gesetzen die Zurechnungsfähigkeit durch Geisteskrankheit an sich durchaus nicht ausgeschlossen, sondern es muss noch nachgewiesen werden, dass der Thäter entweder gar nicht gewusst hat, was er that, oder dass er wenigstens nicht sich bewusst war, eine strafbare Handlung zu begehen; eine Bestimmung, die sich leider noch in manchem anderen Strafcodex findet und schon oft die Bestrafung von Individuen erzwungen hat, deren Geistesstörung auch dem Richter evident war. Die vom Verf. vorgeschlagenen Reformen entsprechen ziemlich genau den Vorschriften des deutschen Strafgesetzbuches.

Sommer.

III. Aus den Gesellschaften.

Aus der Section (10) für Psychiatrie und Neurologie des 8. internationalen Aerztecongresses zu Kopenhagen, 10.—16. August 1884.

Das Organisationscomité der Section für Psychiatrie und Neurologie bestand aus: Steenberg (Präsident), Friedenreich (Schriftführer), Gaedeken, Holm und

Lange als Mitgliedern. Dasselbe hatte eine Anzahl psychiatrischer und neurologischer Themata aufgestellt und für die meisten derselben (12) Referenten herangezogen; jedoch blieb ein Theil der Letzteren aus, Andere hatten vorher keine Resumés eingesandt; auch die wirklich eingegangenen „resumés et conclusions" aber konnten für die Discussion nicht recht fruchtbar werden, theils weil sie zu spät (erst am dritten Tage des Congresses) im Druck erschienen, theils weil man verabsäumt hatte, sie, wie dies in London mit so gutem Erfolge geschehen war, in die verschiedenen Congresssprachen, deutsch, französisch und englisch, zu übertragen.

So discutirten denn Franzosen fast nur mit Franzosen, Deutsche fast nur mit Deutschen, da die Skandinavier sich als höfliche Wirthe des Streitens überhaupt zumeist enthielten; Engländer und andere Nationalitäten waren in der Section für Psych. und Neur. nur sehr spärlich vertreten.

Die erste Sitzung am 11. August fand unter dem Vorsitz von Steenberg in einem Auditorium des Universitätsgebäudes statt; dieselbe begann mit Constituirung der Section und Verkündigung der Ehrenpräsidenten: Magnan, Ball und Lunier aus Paris, Ramaer aus Haag, Eulenburg und Lähr aus Berlin, Obersteiner aus Wien, Adamkiewicz aus Krakau, Gaedeken aus Kopenhagen und Kjellberg aus Upsala. — Die Zahl der Sectionsmitglieder betrug im weiteren Verlaufe ungefähr 80.

Den Reigen der Vorträge eröffnete der Vorsitzende selbst mit einem **„Aperçu statistique sur les maladies mentales et les institutions psychiatriques des pays du nord"**. Dasselbe schloss sich nach Form und Inhalt dem Exposé an, womit Lockhart Robertson 1881 die psychiatrische Section des Londoner Congresses eröffnet hatte; es stellte in übersichtlicher Weise das wesentliche Material über Zahl, Unterkunft und Behandlung der Irren für ganz „Skandinavien" zusammen, unter welchem letzteren Namen die 4 nordischen Länder — Schweden, Norwegen, Finnland und Dänemark — in getrennten Gruppen aufgeführt wurden.

Die Gesammtbevölkerung dieser 4 nordischen Länder betrug 10 308 465; die Gesammtzahl der Geisteskranken 17942 = 17,4 : 10 000.

Dieselben vertheilen sich auf die einzelnen Länder in folgender Weise:

	Zählungsjahr	Gesammtbevölkerung	Gesammtzahl der Geisteskranken	Auf 1000 kommen Geisteskranke
Schweden	1880	4 565 668	7118	15,6
Norwegen	1865	1 701 756	3156	18,5
Finnland	1880	2 060 782	4380	21,2
Dänemark	1880	1 980 259	3288	16,6
Insgesammt:		10308 465	17942	17,4

In Schweden befanden sich (Gesammtzahl 7118) in öffentlichen Anstalten 1727, Privatanstalten 7, gewöhnlichen Hospitälern 145, in häuslicher Pflege 5239 (= 73,6 %).

In Norwegen (Gesammtzahl 3156) in öffentlichen Anstalten 1041, in häuslicher Pflege 2215 (= 67,2 %).

In Finnland (Gesammtzahl 4380) in öffentlichen Anstalten 443, gewöhnlichen Hospitälern 91, in häuslicher Pflege 3486 (= 87,6 %).

In Dänemark (Gesammtzahl 3288) in öffentlichen Anstalten 1845, gewöhnlichen Hospitälern 254, in häuslicher Pflege 1189 (= 36,2 %).

Im Ganzen demnach in den öffentlichen Irrenanstalten 5056, in Privatanstalten 7, in gewöhnlichen Hospitälern 490 und in häuslicher Pflege 12389.

Diese einigermaassen auffälligen Verhältnisse sind das Ergebniss des Umstandes, dass die skandinavischen Länder bisher eine viel zu kleine Anzahl von Irrenanstalten

besitzen; die letzteren sind kaum im Stande, den dritten Theil aller Geisteskranken aufzunehmen — selbst in dem bestversehenen Dänemark nur wenig über die Hälfte (dagegen nach Robertson in England 61,5 %, in Schottland sogar 75,6 %).

Was die einzelnen Länder betrifft, so besitzt Schweden gegenwärtig 10 Anstalten für zusammen 2248 Kranke; in denselben befanden sich am 31. December 1882 im Ganzen 1974, worunter 363 Privatkranke, 1482 Communalkranke und 129 umsonst verpflegte; die Durchschnittskosten betrugen auf das Jahr 650 oder auf den Tag 1,80 Francs.

Norwegen hatte 1880 nach dem officiellen Bericht 10 Anstalten mit zusammen 1041 Kranken; darunter 891 Arme (471 Männer, 420 Frauen) 150 Zahlende (82 Männer, 68 Frauen). Dazu kam im Jahre 1881 noch die Staatsanstalt in Eg, für 230 Kranke eingerichtet.

Finnland besitzt in diesem Augenblick 8 Anstalten zur Aufnahme Geisteskranker. Unter Letzteren waren 1882 im Ganzen 34,35 % zahlende, 50,36 auf öffentliche Kosten und 15,28 % umsonst verpflegte.

Dänemark besitzt gegenwärtig 4 eigentliche Irrenanstalten: das St. Hans Hospital mit (am 1. Januar 1884) 795, das Asyl in Aarhus mit 415, in Vordingborg mit 435, in Viborg mit 314 Kranken; ausserdem noch eine nicht zu den Staatsanstalten gehörige Anstalt für Aufnahme Geisteskranker in Moen.

Was die Idiotenpflege betrifft, so ist dieselbe in Schweden nicht Sache des Staats, sondern der Communen. Es giebt 11 Anstalten für 291 Idioten. Die Gesammtzahl der Letzteren betrug 1882 in Schweden 4227, oder 9,25 auf 10000 Bewohner. In Norwegen (am 31. Dec. 1865) 2039 (2051 männliche, 938 weibliche) oder 11,98 auf 10000 Bewohner. Aus Finnland ist die Gesammtzahl nicht bekannt, man kennt nur die Idioten im schulpflichtigen Alter, d. h. unter 17 Jahren, deren Zahl sich am 31. Dec. 1882 auf 1268 belief (738 männliche, 530 weibliche) = 6,35 auf 10000 Bewohner, oder 13,70 auf 10000 der entsprechenden Altersklasse. — In Dänemark gab es am 1. Februar 1880 zusammen 2602 Idioten (1415 männliche, 1187 weibliche) oder 13,2 auf 10000 Bewohner; Dänemark besitzt zwei vom Staate subventionirte und seiner Controle unterliegende Idiotenanstalten, die bei „Rahbeks Allé" und die Keller'schen Institute (eine Unterrichtsanstalt und das Asyl bei Karens Minde).

Adamkiewicz sprach über die anatomischen Veränderungen bei der Tabes. Er wies nach, dass es zwei Arten von Tabes giebt. Die eine ist eine interstitielle Degeneration, die primär aus den Bindegewebslagen durch Wucherung derselben hervorgeht, welche die die Hinterstränge durchsetzenden Arterien begleiten. Die zweite Art von Tabes geht von den Nerven aus und ist also parenchymatöser Natur. Charakteristisch für dieselbe ist, dass diese Nervendegeneration meist an zwei Orten gleichzeitig beginnt und abläuft: in den Goll'schen Strängen und in eigenthümlichen F-förmigen Feldern der Keilstränge. Von diesen F-förmigen Feldern pflegt die Degeneration sich nach zwei Richtungen hin auszubreiten: 1) nach der Wurzelzone und den grauen Hinterhörnern und 2) nach dem hintern Rückenmarksrand und den hintern Wurzeln. Die Tendenz der Ausbreitung der Degeneration nach vorn, d. h. zur hinteren Commissur, ist sehr gering. Daher kommt es, dass in den meisten Fällen das Gebiet der Degeneration von der hintern Commissur durch ein sichelförmiges Feld getrennt ist. Charakteristisch für die parenchymatöse Natur der zuletzt genannten Tabesform ist die primäre Erkrankung der Nervenfasern, die durch Safranintinction besonders schön darstellbar ist. Man erkennt mit Hülfe derselben, dass zunächst zu Grunde geht eine eigenthümliche in den Markscheiden des Nerven in Gestalt von Ringen enthaltene Substanz, die chromoleptische Substanz, an welche sich später der Untergang der ganzen Faser anschliesst. Es bleiben dann Lücken im Degenerationsgebiet zurück. — In der Neuroglia selbst findet in solchen Fällen

keine andere Veränderung statt als eine Schrumpfung und dadurch Verdickung der Maschen. Die Kerne nehmen dagegen an Zahl nicht zu, was umgekehrt dort stattfindet, wo die Tabes auf primärer interstitieller Bindegewebswucherung beruht. Es sind diese Verhältnisse mit Hülfe des Safranin besonders schön und scharf darstellbar, da Safranin die Bindegewebs- und Neurogliakerne im Unterschied gegen die chromoleptische Substanz violet bis blau färbt. — Was die Bedeutung der F-förmigen Felder in den Keilsträngen betrifft, so sind sie identisch mit den vom Vortragenden gefundenen hinteren chromoleptischen Partien, d. h. Gruppen von Nervenfasern, die zur chromoleptischen Substanz in besonderer Beziehung stehen und schon im normalen Rückenmark mittelst Safranintinctionen darstellbar sind.

Obersteiner sprach **über die Morphiumsucht und ihre Behandlung.** Schon sehr geringe Dosen von Morphin (wenige Milligramm) täglich längere Zeit hindurch fortgebraucht, genügen mitunter, um nach plötzlicher Entziehung des Mittels die bekannten Abstinenzerscheinungen zu erzeugen.

Eine Maximaldosis von 3,5 pro die scheint nur ganz ausnahmsweise überschritten zu werden.

Der fortgesetzte Gebrauch auch ziemlich hoher Tagesdosen von Morphin kann ohne directe Lebensgefahr eine lange Reihe von Jahren hindurch ertragen werden.

Weder die Methode der plötzlichen Entziehung, noch die der langsamen Entwöhnung oder eine modificirte, zwischen beiden in der Mitte stehende Methode sind in allen Fällen bei der Behandlung des Morphinismus verwendbar; es müssen eben immer die individuellen Verhältnisse berücksichtigt werden.

Das Cocainum unoriaticum (0,05—0,1 pro dosi in Wasser gelöst, innerlich mehrmals des Tages, so oft sich das Bedürfniss nach Morphin lebhaft einstellt) ist im Stande, die unangenehmen Erscheinungen der Morphiumabstinenz wesentlich abzuschwächen und verdient versucht zu werden.

In nicht wenigen Fällen kann man von vornherein eine Entwöhnungskur als derart aussichtslos betrachten, dass es geboten erscheint, solche Personen gar nicht den Qualen der Kur auszusetzen; dies gilt immer dann, wenn die Grundursache, welche zum Morphinismus geführt hat (z. B. Schmerzen — physische oder psychische) nicht behoben ist, ferner bei älteren Individuen (über 60 Jahre), bei solchen, welche körperlich zu sehr herabgekommen sind, oder im hohen Grade nervös erregbar sind; auch bei Personen mit starken Herzfehlern ist grosse Vorsicht geboten.

Der Collaps ist das einzige wirklich lebensgefährliche Symptom im Verlaufe der Morphiumabstinenz; er kann auch noch in einer späten Periode der Abstinenz auftreten, wenn die meisten übrigen lästigen Erscheinungen bereits geschwunden sind.

Nach vollständig durchgeführter, anscheinend erfolgreicher Entziehungskur bleiben mitunter noch einige Folgeerscheinungen des chronischen Morphinismus zurück; diese äussern sich vorzüglich auf psychischem Gebiete; sie können gelegentlich zu ausgesprochener Geistesstörung oder zu Selbstmord führen.

Sehr häufig ist es nicht möglich, die Entziehungskur in der Privatpflege durchzuführen, andererseits bietet das Gesetz — wenigstens in Oesterreich — keine Handhabe, einen Morphinisten gegen seinen Willen in einer Anstalt zurückzuhalten.

Es kann gelegentlich an den Arzt die Frage herantreten, ob ein Morphinist sich im Gebrauche seiner vollen Zurechnungsfähigkeit befinde.

In der Sitzung vom 12. August hielt zunächst Pätz, Alt-Scherbitz, einen sehr interessanten und eingehenden Vortrag über **die Arbeitscolonien als Glied der Behandlung von Geisteskranken** — ein Vortrag, der leider seinem Inhalte nach eine auszugsweise Wiedergabe nicht zulässt. An der animirten Discussion über den Gegenstand betheiligten sich Lähr, Köhler, Lindboe (Christiania), Ramaer (Haag), sowie auch Lunier, der über ähnliche in Frankreich angestellte und im Ganzen recht günstig ausgefallene Versuche berichtete.

Hierauf sprach Kjellberg (französisch) **„über den Einfluss der Schule auf die Entstehung von Geisteskrankheiten“**. K. berief sich hierbei auf seine schon früher erschienene Publication „influence du régime scolaire et des methodes de l'enseignement actuel sur la santé de la jeunesse“, Paris 1880. Die bestehenden Schuleinrichtungen zwingen die Schüler, den grösseren Theil des Tages bei geistiger Beschäftigung zuzubringen und die Arbeit häufig bis tief in die Nacht hinein zu verlängern. Nach physiologischen Gesichtspunkten dürfte eine so andauernde geistige Arbeit selbst Personen von reifem Alter nur unter Cautelen zugemuthet werden und muss als höchst gefährlich für die normale Entwickelung der Schuljugend gelten. Dazu kommen die Gefahren der Schlaflosigkeit in Folge der forcirten Schularbeit, und die Nachtheile der sitzenden Lebensweise auf die gesammte physische Entwickelung der Schüler. Ihre ganze Lebensenergie bleibt unter der Norm zurück, die Symptome der allgemeinen Schwäche treten frühzeitig hervor und werden in gleicher Weise auf die Nachkommenschaft übertragen.

Nach diesen allgemeinen einleitenden Bemerkungen theilt K. eine Anzahl Fälle mit, welche seiner Behauptung einer (directen) Entstehung von Geisteskrankheit durch Ueberarbeitung der Schüler zur Stütze dienen sollen. Alle diese Fälle zeigen in ihrem Verlaufe gewisse bemerkenswerthe Analogien. Das erste Symptom ist Kopfschmerz, mit einem Gefühl von Schwere und Hitze; dann Schlaflosigkeit, wobei der Kranke trotz qualvoller Ermüdung von den ihn beschäftigenden Ideen fortwährend wach erhalten wird; Unfähigkeit der Kranken irgend etwas zu verstehen und im Gedächtnisse zu behalten; endlich allgemeine Unlust, Oppressions- und Angstgefühle der verschiedensten Art. Wechselnde Launen; an die Stelle jugendlichen Frohsinns tritt Ermüdung und Entmuthigung. — Dies die primären und constanten Folgen der geistigen Ueberarbeitung, bedingt, wie K. meint, durch einen vermehrten Afflux zu gewissen Abschnitten der Grosshirnrinde, eine „chronische partielle Congestion der grauen Substanz“. Die excessiv angespannte Aufmerksamkeit und die Insomnie wirken dabei in gleicher Richtung; dazu gesellt sich als begleitende Ursache noch der Mangel ausreichender Muskelübung. — Als „secundäre Symptome“ betrachtet K. eine plötzlich eintretende Muskelschwäche, spastische Bewegungserscheinungen, Hallucinationen des Gefühls, Gesichts und Gehörs, impulsive Instincte und Anfälle von Bewusstlosigkeit. — Die in den schwedischen Schulen vorgenommenen Sehprüfungen ergaben im Allgemeinen sehr beunruhigende Resultate; von 3—10% Myopie in den unteren Klassen stieg der Procentsatz in den oberen bis auf 51. Ebenso traurige Ergebnisse hatte die vorgenommene Untersuchung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Schüler.

„Grosse Gefahren bedrohen,“ so schliesst K., „nicht blos die Jugend, sondern durch sie auch die Gesammtheit der Nationen. Die moderne Erziehung ist in verkehrte Bahnen eingelenkt, die zu wüsten Einöden führen; die ärztliche Wissenschaft hat die Gefahr gekennzeichnet, und Sache ihrer jüngsten Tochter, der Psychiatrie, wird es sein, auf den richtigen Pfad zurückzuleiten.“

In der Nachmittagssitzung vom 12. August sprach Eulenburg **„über Heilbarkeit der Tabes dorsalis“**. Einzelne Heilungen der Tabes im klinischen Sinne, d. h. andauerndes und vollständiges Verschwinden aller für die Krankheit charakteristischen Symptome, sind allerdings von guten Beobachtern constatirt worden. Immerhin sind jedoch Heilungen in diesem Sinne nur als ein verschwindend seltener, als ein ganz exceptioneller Ausgang der Tabes zu betrachten. E. selbst hatte im Verlaufe einer 18jährigen Thätigkeit unter nahezu 500 diagnostisch sicheren Tabes-Fällen nur 5, welche den Namen einer Heilung im klinischen Sinne rechtfertigen konnten; also nur etwa einer auf hundert. Indessen ist dabei zu berücksichtigen, dass unter günstigeren Aussenverhältnissen und wohl auch hier und da bei grösserer Behandlungsausdauer vielleicht noch mancher Fall gerettet werden könnte, bei dem

wir uns jetzt mit blossen Stillständen oder kürzeren und längeren Remissionen begnügen. — Dass gerade eine bestimmte Behandlungsweise die Möglichkeit der Heilung in höherem Grade involvirt als andere, geht aus den bisherigen Thatsachen wenigstens nicht hervor. Unter den von E. selbst beobachteten 5 Heilungen war eine durch Argentum nitricum (innerlich), eine unter Kaltwasserkur, zwei unter Galvanisation und Thermalkuren, eine unter energisch geübter Antiluese und nachheriger Thermalkur. — Auch giebt es kein ausreichendes Kriterium, um die Tabes-Fälle mit besserer von denen mit schlechterer oder absoluter ungünstiger Prognose a priori zu differenziren. Es lässt sich jedoch annehmen, und wird auch durch die Erfahrung einigermaassen bestätigt, dass bei mangelnder congenitaler Belastung, bei guter Gesammtconstitution, Freisein von anderweitigen Complicationen, bei gelinder und allmählicher Entwickelung der Tabes-Symptome, insbesondere bei geringer Intensität der neuralgischen Erscheinungen, der Sensibilitätsdefecte, Sinnesstörungen etc. die Chancen auch in Beziehung auf Heilung sich vergleichsweise etwas günstiger gestalten, als bei entgegengesetztem Verhalten.

Im pathologisch-anatomischen Sinne darf man von einer Heilung der Tabes wohl überhaupt nicht reden; es können vielmehr, wie Einzelfälle lehren, sehr diffuse Degenerationen der Hinterstränge auch da angetroffen werden. wo intra vitam die Erscheinungen der Tabes vollständig oder doch nahezu vollständig geschwunden waren. Immerhin liegt es am nächsten, die „heilbaren" Fälle unter solchen zu suchen, bei denen entweder der Process mit neuritischen Veränderungen an der Peripherie, in den sensibeln Haut- und Muskelverzweigungen etc. begann, oder im Rückenmark selbst den von Adamkiewicz geschilderten Charakter rein interstitieller, längs der Gefässe fortkriechender, herdweiser Veränderung in den Hintersträngen, im Gegensatz zu der parenchymatösen Form der Tabes-Degeneration, darbot.

In derselben Sitzung sprach noch Ball, Paris, **„sur l'hérédité dans la paralysie générale des aliénés"**. B. ist auf Grund seiner Untersuchungen zu theilweise eigenthümlichen und von den herkömmlichen Anschauungen abweichenden Resultaten gekommen. Directe Vererbung ist ihm zufolge bei der allgemeinen progressiven Paralyse ein ziemlich seltenes Vorkommniss; dagegen bieten die Familien der Paralytiker im Allgemeinen gewisse charakteristische Züge dar und zwar sind dies vor Allem die Longävität bei den Ascendenten, der grosse Kinderreichthum, eine verhältnissmässig geringe Frequenz an eigentlichen Geisteskrankheiten, aber eine sehr beträchtliche Frequenz an Gehirnkrankheiten; bedeutende Mortalitätsziffer der im niederen Kindesalter befindlichen Mitglieder. Die Paralytiker erben demnach eine specielle Tendenz zu Gehirnaffectionen, und diese Tendenz disponirt sie zu der Krankheit, von welcher sie später heimgesucht werden; ihre Familien unterscheiden sich, in ihrer Totalität betrachtet, in mehrfacher Beziehung von der übrigen Bevölkerung, unter welcher sie leben.

Es entspann sich über die hier skizzirten Anschauungen eine Discussion zwischen dem Vortragenden und Lunier, welcher Letztere die von Ball hervorgehobenen Eigenthümlichkeiten der Familien von Paralytikern als specifisch nicht anzuerkennen vermochte.

Am 13. August fielen die Sectionssitzungen, der gemeinschaftlichen Festfahrt nach Helsingör halber, aus. — In der Sitzung vom 14. August sprach zunächst Rohmell, Dänemark, französisch: **„le rôle de la syphilis dans la paralysie générale des aliénés"**. Er meinte, die Syphilis komme in der Anamnese bei paralytischer Demenz so häufig vor, dass sie nothwendiger Weise eine sehr grosse Rolle in der Aetiologie dieser Krankheit spielen müsse. Immer sei die Syphilis in solchen Fällen um mehrere Jahre zurückliegend, durch benignen Verlauf ausgezeichnet, und sie figurire als solche bei den verschiedenen Formen der Krankheit. Unter den

Autopsien, welche Erkrankungen (Atherose) der Gehirnarterien ergeben haben, rühre der grösste Theil von an paralytischer Demenz Verstorbenen her; bei diesen finde man auch als „wesentlichen Befund" meningo-cerebrale Adhäsionen — zwei Thatsachen, welche die Einwirkung der Syphilis auf der Entstehung allgemeiner Paralyse deutlich in's Licht stellen. Immerhin müsse jedoch angenommen werden, dass es sich dabei um eine speciell modificirte Form der Syphilis handle, da die gewöhnliche antiluetische Behandlung höchstens eine Retardation der Krankheit, aber keine Heilung derselben bewirke.

Weiterhin sprachen in derselben Sitzung noch Eulenburg **„über vasomotorische und trophische Neurosen"** (ein Vortrag, welcher eine auszugsweise Wiedergabe nicht gestattet, da es sich dabei mehr um eine generalisirende und zusammenfassende Betrachtung des vom Comité aufgestellten weitläufigen Themas handelte) und Baraduc, französisch, **„du traitement des congestions et des exsudations chroniques de la moëlle par les ventouses vésicantes"**. Der letztgenannte, inhaltlich sehr unergiebige Vortrag verlief unter minimaler Theilnahme der Anwesenden.

In der Nachmittagssitzung vom selben Tage entwickelten Roth, Moskau, und Friedenreich, Kopenhagen, in französischer Sprache ihre Ansichten über **„sclérose latérale amyotrophique"**. Roth äusserte sich über die verschiedenen zum Collectivbegriff der progressiven Muskelatrophie gehörigen Gruppen vom pathogenetischen, klinischen und anatomischen Gesichtspunkte aus; speciell über die chronischen Formen, von denen ein grosser Theil dem Gebiete der amyotrophischen Lateralsklerose angehört. Letztere sei eine autonome Erkrankung, ein wohldefinirtes Krankheits-ens, dessen pathologisches Substrat in einer progressiven Atrophie der Pyramidenbündel und der grossen motorischen Zellen der Vorderhörner und der Bulbärkerne bestehe. Eine zweite natürliche Gruppe bilden die Fälle von hereditärer Muskelatrophie, mit oder ohne Pseudohypertrophie; diese Formen sind nach R. auf eine primäre Muskelerkrankung zurückzuführen. Ihnen reihen sich gewisse Fälle von Muskelatrophie an, welche zwar das gleiche klinische Bild, aber nicht denselben ätiologischen Charakter darbieten, wie die hereditäre Muskelatrophie. Pathologische Veränderungen seitens des Nervensystems fehlen hier (nach den Untersuchungsergebnissen eines Falles von R.) gänzlich, und man muss daher diese Form als essentielle, protopathische, progressive Muskelatrophie von der chronischen Poliomyelitis anterior sondern. — Die von Erb vorgeschlagene Bezeichnung „juvenile Form der progressiven Muskelatrophie" betrachtet R. als mit den Thatsachen im Widerspruch stehend. Die auf chronischer Poliomyelitis anterior beruhende Form progressiver Muskelatrophie wird von ihm zwar nicht geleugnet, gilt ihm aber nicht als wohl charakterisirt und jedenfalls nicht durch Sectionsresultate genügend erwiesen. Ihr reihen sich die seltneren, von einer periependymären Erkrankung, Hydromyelie, Syringomyelie abhängigen Fälle und die übrigen „deuteropathischen" Formen Charcot's an, sowie endlich noch gewisse andere Formen mit unbestimmter Pathogenese, z. B. die an der Peripherie mit circumscripter Localaffection eines Muskels, einer Sehne etc. beginnenden, sich propagirenden Processe, welche R. als sympathische Formen zu bezeichnen vorschlägt.

Friedenreich unterscheidet dagegen im Wesentlichen 4 Formen, für welche er das historische Beweismaterial gesichtet und tabellarisch zusammengestellt hat, nämlich 1) die Atrophie musculaire héréditaire, 2) die Sklérose latérale amyotrophique, 3) die Atrophie m. progr. sans aliénation de la moëlle épinière, und 4) die Amyotrophie spinale protopathique sans altérations de la substance blanche. Letztere Form, welche nach F. die seltenste zu sein scheint, würde also mit der chronischen Poliomyelitis anterior, der sogenannten protopathischen Form Charcot's, übereinstimmen.

An der Sectionssitzung vom 15. August (Schlusssitzung) war Ihr Referent leider durch frühzeitige Abreise theilzunehmen verhindert. Es standen hier noch Vorträge von Adamkiewicz über Hirnreizung, Hirnverletzung und Hirncompression; von Gillez de Tourette de la salivation dans les maladies nerveuses; von Müller, Blankenburg, über die dyscrasischen Momente, welche bei der Genese der Psychosen und Neurosen eine Rolle spielen; und von Hallager, Dänemark, les troubles psychiques dites équivalents d'un accès d'épilepsie, in Aussicht.

Sitzung der Glasgow Pathological and Clinical Society vom 8. April 1884.

Dr. A. Robertson stellte eine 59jährige Frau vor, die seit fast einem Jahre an evident einseitigen Hallucinationen des Gehörs und des Gesichts litt. Wahrscheinlich im Anschluss an einen leichten apoplectiformen Anfall, der eine schnell vorübergehende Parese der linken Extremitäten verursacht hatte, stellten sich linksseitige Hallucinationen ein: vor dem linken Auge der Patientin erschienen Personen, besonders Frauen, mit normaler Färbung und Tracht, und gleichzeitig liessen sich in dem linken Ohre Stimmen vernehmen, die aber nicht von den Gesichtsphantasmen herzurühren schienen. Anfänglich hatte Patientin diese Erscheinungen für real gehalten, seit einiger Zeit wollte sie sich indess überzeugt haben, dass dieselben pathologisch seien. In der ersten Zeit sei mit dem Auftreten der Hallucinationen auch häufig eine eigenthümliche Geruch- und Geschmacksempfindung gekommen, während die Stimmen stets nur im linken Ohr zu hören gewesen wären; jetzt seien sie so streng auf die linke Seite beschränkt, dass sie nur das linke Auge zu schliessen brauche, um von den Erscheinungen momentan befreit zu sein. Eine geringe Herabsetzung der Seh- und Hörschärfe auf der linken Seite ist übrigens objectiv nachzuweisen; auch scheint eine leichte Parese der linken Hand noch zu bestehen.

In der weiteren Discussion bemerkte der Vortr., dass er streng einseitige Hallucinationen gar nicht für selten halte. Besonders in alcoholischen Psychosen sei die Unilateralität der Gehörshallucinationen häufig genug nachzuweisen; einseitige Phantasmen seien allerdings ungewöhnlich. Bemerkenswerth sei noch, dass fast regelmässig die linke Seite die ergriffene sei.

Von anderen Mitgliedern der Gesellschaft wurden einige ähnliche Beobachtungen mitgetheilt, die zufällig (?) sämmtlich Greise betrafen. In einem Fall wurde die völlige Integrität der Psychose ausdrücklich constatirt. Sommer.

IV. Bibliographie.

Diagnostik und Therapie der Rückenmarkskrankheiten in 12 Vorlesungen von M. Rosenthal. Zweite, neu bearbeitete und vermehrte Auflage. (Wien und Leipzig 1884. Urban & Schwarzenberg. 192 Seiten.)

Die erste Auflage dieser Schrift des bekannten Wiener Neuropathologen erschien 1878 als Doppelheft der „Wiener Klinik" (Heft 1 und 2, Januar und Februar; 68 Seiten). Der Umfang ist also in der neuen Auflage beinahe verdreifacht, und letztere ist dadurch zu einem kurzgefassten klinischen Compendium der Rückenmarkskrankheiten geworden. — Das Ganze zerfällt in 12 Vorlesungen. Der Gang ist im Allgemeinen folgender: Zuerst eine allgemeine Charakteristik der Rückenmarkskrankheiten; dann die Erkrankungen der Rückenmarkshäute, Neurasthenie, acute und chronische Myelitis-Formen, rasche und langsame Rückenmarkscompression, Syphilis (Vorlesungen 1—4); Hinterstrangsklerose (5); spinale Halbseitenläsion, primäre und amyotrophische Lateralsklerose (6); progressive Muskelatrophie und fettige Muskelhypertrophie (7); Bulbärparalyse (8); Poliomyelitisformen (9); secundäre

Degeneration, Spinallähmungen nach acuten und chronischen Krankheiten etc. (10); endlich „Untersuchungen und Beobachtungen über neuere Arzneimittel bei spinalen Reizungs- und Lähmungsformen“ (11 und 12). Der Zusammenhang dieses letzten, ausführlich gehaltenen Abschnittes mit dem Voraufgehenden ist zwar nur ein ziemlich loser, doch hat der Verf. gerade auf diesem Gebiete werthvolle eigene Untersuchungen aufzuweisen; ich erinnere nur an seine schon vor Jahren erfolgten Mittheilungen über subcutanen Gebrauch der Eisenpräparate, denen sich neuerdings auch eine Empfehlung des essigsauren Silberoxydes in der Form subcutaner Injection anreiht.

Bei einem Kenner der Rückenmarkskrankheiten, wie Rosenthal es ist, dürfen wir als selbstverständlich voraussetzen, dass die von ihm ausgesprochenen Ansichten aus einer reichhaltigen eigenen Erfahrung geschöpft sind und dass dieselben uns den Gegenstand vielfach in einer von den Vorgängern abweichenden, neuen Beleuchtung vorführen. Als eigene, der letzten Zeit entstammende Beobachtungsresultate des Verf. seien namentlich hervorgehoben seine Mittheilungen über das Vorkommen spinaler Halbseitenläsion bei Hysterie und Spondylitis (S. 72 ff.), über Verminderung des Kreatiningehalts im Harn bei progressiver Muskelatrophie (S. 88) und fettiger Muskelhypertrophie, sowie über sog. Spätformen der letzteren (S. 92); über die nach dem ersten Lebenslustrum auftretende, prognostisch günstigere Form der Poliomyelitis anterior acuta (S. 120 ff.); über Fälle diphtheritischer Ataxie mit Anästhesie (S. 142) und Lähmung nach Beri-Beri (S. 145). — Vieles wird natürlich auch anderen Fachgenossen bestreitbar erscheinen; ich erwähne u. A. die von R. beliebte Unterscheidung „hyperästhetischer“ und „depressiver“ Formen der Neurasthenie; die Fournier und Erb gegenüber etwas absprechende Anschauung über Syphilis-Tabes (S. 54 ff.), sowie endlich die mit der Leyden'schen im Widerspruch stehende Auffassung der amyotrophischen Seitenstrangsklerose (S. 76 ff.). — Citate hätten übrigens, da sie doch unvollständig und ungleichmässig sind, dem compendiösen Charakter des Werkes entsprechend lieber ganz fortbleiben sollen. A. Eulenburg.

V. Vermischtes.

Tabak und verbrecherisches Leben. Nicht mit Unrecht wird unter besonderen Umständen dem Tabakconsum ein ähnlich schädlicher Einfluss auf die Entwickelung eines verbrecherischen Lebenswandels zugeschrieben, wie dem Alcohol. Auf Grund sehr ausgedehnter Untersuchungen, die in mehreren der grössten Strafanstalten Frankreichs angestellt sind, konnte H. Marambat (von der bekannten mit einer Abtheilung für irre Verbrecher verbundenen Strafanstalt Gaillon) in einer Sitzung der Gesellschaft wider den Tabakmissbrauch darlegen, wie das Tabakrauchen die erste Leidenschaft zu sein pflegt, der die heranwachsenden Knaben zu fröhnen lieben, und wie sie nun durch den schnell wachsenden Consum zu bedeutenden Ausgaben, zu Unterschlagungen und Diebstählen etc. getrieben werden. So hatten sich von 603 jugendlichen Verbrechern zwischen 8—15 Jahren nicht weniger als 51 % leidenschaftlich dem Tabak ergeben, ehe sie noch mit dem Strafgesetz in Conflict gerathen waren. Ferner hat es sich herausgestellt, dass von rauchenden Verbrechern 57 % und von nichtrauchenden 17 % schon vor dem 20. Jahre das Gefängniss zum ersten Male betreten haben. Auf 100 rauchende Verbrecher fallen 79 rückfällige, auf 100 nichtrauchende aber nur 55, und wenn man noch alle Potatoren aus diesen beiden Gruppen ausscheidet, so ergiebt sich, dass von 100 rauchenden und nicht trinkenden Sträflingen 62, von 100 Verbrechern aber, die auch nicht trinken, aber auch nicht rauchen, nur 18 rückfällig sind. Da bei dieser Untersuchung noch gar nicht die physiologischen Schädlichkeiten des Tabakconsums berücksichtigt sind, so ergiebt sich leicht, dass für die forense Medicin das Studium des Tabakmissbrauchs von ähnlicher Bedeutung, wie das des Potatoriums werden kann. (Archiv. di psichiatria, scienze pen. etc. 1884. V. p. 378.) Sommer.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Professor Dr. E. Mendel

zu Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 15. September. No. 18.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** Absolute Carenz eines Paranoischen von **Siemens.** **II. Referate.** Anatomie. 1. Sur la fossette vermienne du crâne des mammifères par **Albrecht.** 2. Il cervello del boa, e considerazioni di nevrofisiologia comparata, del **Lussana.** Experimentelle Physiologie. 3. Ueber Modificationen der Tastempfindung von **Schmey.** — Pathologische Anatomie. 4. Ueber einen Fall von Tabes dorsalis mit Degeneration der peripherischen Nerven von **Sakaky.** 5. Secondary degeneration of nerve tracts following removal of the cortex of the cerebrum by **Langley** and **Sherrington.** 6. Ueber die Veränderungen des Augenhintergrundes in Folge von Alcoholismus, sowie über die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei der Alcoholamblyopie von **Uhthoff.** — Pathologie des Nervensystems. 7. Contribution à l'étude de l'hémiplégie cérébrale infantile par **Gaudard.** 8. Tobacco amblyopia by **Shears.** 9. Analysis of seventy-five consecutive cases of posterior spinal sclerosis, with special reference to a syphilitic origin by **Seguin.** 10. Eclampsie et Épilepsie par **Féré.** 11. Clinical remarks on cases illustrating the essential identity of progressive muscular atrophy and progressive bulbar paralysis by **Finny.** 12. Een geval van poliomyelitis anterior acuta bij eene volwassene door **Stephan.** 13. Multiple Neuritis by **Webber.** 14. Ein Fall von vollständiger, vorübergehender Taubheit von **Magnus.** 15. Die im Verlauf der Mumps auftretenden Erkrankungen des Ohres von **Roosa.** 16. Ein Fall von partieller Labyrinthaffection nach Mumps von **Moos.** — Psychiatrie. 17. Pachyméningite simulant une paralysie générale; coloration ardoisée du cerveau etc. par **Mabille.** 18. Démence simple d'origine syphilitique probable par **Bigot.** 19. Note sur un cas de Mélancolie anxieuse par **Seglas.** 20 Jumping, Latah, Myriachit par **de la Tourette.** 21. Incurabilité et guérisons tardives en aliénation mentale par **de Montyel.** 22. Insanity and cardiac disease by **Kiernan.** 23. Communicated insanity by **Montgomery.** 24. Observations on Cannabis indica and syphilis as causes of mental alienation in Turkey, Asia minor and Marocco by **Davidsohn.** — Therapie. 25. The rational treatment of chorea by **van Bibber.** 26. On escapes, liberty, happiness and „unlocked doors" as they affect patients in asylums by **Campbell.** 27. The curability of locomotor ataxia and the simulations of posterior spinal sclerosis by **Hughes.** 28. An Inquiry into the value to be attached to the different recovery rates of different asylums as tests of efficiency by **Chapman.** — Forensische Psychiatrie. 29. Zwei Fälle von vieljähriger Verkennung geistiger Krankheit bei Sträflingen von **v. Krafft-Ebing.** 30. Gerichtsärztliches Gutachten von **Fritsch.** 31. Délire d'obsession par **Lentz** et **Schrevens.** **III. Aus den Gesellschaften.** — **IV. Bibliographie.** — **V. Vermischtes.**

I. Originalmittheilungen.

Absolute Carenz eines Paranoischen.

Von Director Dr. **F. Siemens** in Ueckermünde.

Die nachfolgende Beobachtung betrifft einen nahrungsverweigernden Irren und ist nicht nur psychologisch und klinisch von grossem Interesse, sondern giebt auch weitere Aufschlüsse über die Körperveränderungen im Inanitionszustande des Menschen.

Carl S., 43 Jahre, früher Wachtmeister beim Train, dann Canzlei-Diätar. Erbliche Belastung fehlt. Leicht erregbarer, heftiger Charakter, dabei ehrenhaft, sehr strebsam, religiös. — Sommer 1882 Schlaflosigkeit, körperliches Uebelbefinden, Präcordialangst, Reizbarkeit, misstrauisches, hochfahrendes Wesen. Hallucinationen des Gehörs, abnorme Sensationen im Körper, Wahn elektrischer Beeinflussung. Sehr lebhafte Träume, deren Inhalt, nach dem Erwachen durch die Stimmen bestätigt, als Wahnvorstellungen persistirt. Beim Erwachen häufig auch Gesichtsbilder, welche z. Th. schattenhaft durchsichtig, z. Th. greifbar deutlich sind und eine Zeit im wachen Zustand fortbestehen. Verfolgungs- und Grössenideen.

Der Kranke ist sehr schwer zu behandeln. Er ist äusserst krittlig bei Allem; die Wäsche, die Bedienung, das Essen, Alles ist ihm nicht sauber genug, oft riecht es verdächtig, Stimmen bestätigen, dass es ekelhaft ist. Gewaltthätige Ausbrüche sind jederzeit zu erwarten, Patient ist mit grossen Körperkräften ausgestattet. Er führt sehr genau Tagebuch über Alles, was mit ihm vorgeht. —

Am Samstag den 7. Juni cr. meint er Mittags im Milchreis „Nasenpopel" gefunden zu haben. Er wirft dies den Wärtern, den Aerzten, dem Director in der heftigsten Weise vor. Die Erklärungen, welche er erhält, genügen ihm nicht. Durch die Elektricität vermittelte Stimmen bestärken ihn in seinen Wahnideen, und so beschliesst er in der Verzweiflung, Hungers zu sterben. Er schreibt: „... Hieraus ergeben sich nunmehr noch 2 Wege, welche, wenn meine Internirung nicht sofort beendet wird, beide über kurz oder lang mich in den Tod führen, und zwar: 1) wenn ich hier in der Anstalt Speise und Getränke geniesse, so sehe ich mich durch Ekel und Erbrechen in den Tod getrieben, und 2) wenn ich nicht esse, so muss ich verhungern. Darum so wähle ich den Hungertod, um in Ehren zu sterben. Carl S."

Im Folgenden gebe ich zunächst die eigenen Aufzeichnungen des Kranken und lasse dann die ärztlichen objectiven Beobachtungen folgen.

(Tagebuch.) 8. Juni. „In der vergangenen Nacht bin ich wieder als Versuchsopfer, oder dass man mir etwas hat abgewinnen wollen, benutzt worden, denn ich musste träumen: ich lag im Bette und die mir aus meiner Jugendzeit bekannte Friederike Wolff aus Elisenau kam an mein Bett heran (etc. etc. Es erfolgte Emissio seminis.) . . Hieraus erhellt, wie ich in diesem Buche oftmals schrieb, dass man mich ermorden will, denn ich habe seit gestern Mittag in Folge des im gestrigen Texte Gesagten nichts gegessen. Carl S.

Aus dem Grunde, dass man mir das Wasch- pp Wasser so oft verunreinigt hat, wies ich dasselbe heute zurück. Carl S.

Die Dreck-Doctoren sind, wie ich mich nunmehr überzeugt habe, die Schinderknechte, welche mich hier so martern ..... der Text des Buches giebt mir auf Grund der grenzenlosen und das Leben bedrohenden Misshandlungen das Recht, für mich, meine Frau und meine Kinder, da ich oft meine Entlassung verlangte, solche mir aber bis jetzt nicht gegeben wurde, Genugthuung zu fordern. C. S.

Ebensowohl, wie man die Elektricität so anfertigen kann, dass diese alle aromatischen Düfte, pestilentialischen Lüfte, ansteckende Seuchenluft, Schall, Gift, Nicotin und was diesen Körpern zugerechnet werden kann, 1) normal weiter befördert, also unverändert fortträgt, 2) dieselben desinficirt, d. h. ihnen die Ansteckungskraft nimmt, und 3) dass diese chemische Luft direct schädigend, sogar tödtend auf Menschen, Thier und Pflanze wirken muss, — so ist es auch möglich, die chemische Atmosphäre so auf den Menschen wirken zu lassen, dass der Körper desselben, ohne Speisen und Getränke zu geniessen, länger wie dies sonst der Fall ist, vor dem Hungertode geschützt wird, — oder aber auch so wirken kann, dass man mehr Speisen und Getränke zu sich nehmen muss und dabei doch krank sein kann, auch, dass die Elektricität den Hungertod schneller herbeiführt: — so weise ich schon jetzt darauf hin, damit das Gericht im Stande ist, meine ev. Mörder und Peiniger zur Verantwortung zu ziehen. Da ich in diesem Buche darüber schrieb, dass man mich vorsätzlich dem langsamen Tode hingiebt, um den Mord zu verdecken, denn gleichfalls ist es im wahren Sinne eine Vergiftung des Menschen, wenn man ihm Speisen und Getränke verunreinigt und verekelt, wie man mir gethan hat .... so fordere ich Genugthuung für mich, meine Frau und meine Kinder. Carl S."

9. Juni. Folgt ein längerer Absatz über die Fähigkeit einzelner Personen, Andern, „mit denen sie in Elektricität zusammen liegen", durch die chemische Luft Giftstoffe zuzuführen, z. B. Nicotin dadurch, dass sie Tabak kauen. — Ruft dann „seinen gerechten Ite" zur Hülfe an. Ite ist der Name für Gott, von ihm selbst dadurch gebildet, dass er die 24 Buchstaben des Alphabets einzeln auf Zettel schrieb und von ihnen drei ausloste. Er bekam I, T, E und bildete „Ite" für Gott.

10. Juni. „In der vergangenen Nacht bin ich mit verschiedenen Träumen beschäftigt worden, wie Heuen, Grasmähen; dann sah ich in einer herrschaftlichen Küche das männliche Küchenpersonal beschäftigt. Sodann Pferdeputzen, ein braunes Pferd war lahm; ich marschierte in einem Trupp als Avancirter. Bei Tagesanbruch erwachte ich, weil ich husten musste zufolge dicken Schleimes (Qualster) im Halse, welchen ich hinuntergeschluckt hatte. Am Morgen hatte ich Magenkrampf. Carl S.

11. Juni. Carl S.

12. Juni. In den frühen Vormittagsstunden hörte ich von meinem Bette aus bei offenem Fenster den Gesang der so beliebten heimischen Lerche, und war es mir, als wenn sie ihre herrlichen Töne heute besonders für mich erschallen liess, denn lange sang sie schmetternd ihre Weise durch die Lüfte und obgleich fern von mir und meinen Augen verborgen, so sah ich sie doch im Geiste hoch oben in der Luft schweben, wie ich in meiner Jugendzeit so gerne mich von ihr fesseln liess... Was sind aber die mir in Erinnerung gebliebenen Jugendklänge gegen den heute gehörten Lerchengesang? — Von Neuem rufen sie mich in's Leben zurück, von Neuem beleben sie Seele und Leib; — abgeschieden von Allem, was mir das Liebste ist, abgeschlossen mit Allem, was noch zu berücksichtigen war, und in Erwartung des Augenblickes, in welchem

es meinem getreuen Ite gefällt, mich heimzuführen in die Freiheit, welche er denen vorbereitet hat, die auf Ihn ihre Hoffnung und ihre letzte Zukunft gegründet haben, sendet er mir unter den Trümmern meines Erdenglückes seinen Engel. . . .

Etwa 10 Minuten, nachdem ich vorstehenden Inhalt niedergeschrieben, rief eine durch den Hof fliegende Krähe in mein Zimmer hineinschallend: „schwarz!“ Dazu sage ich: Weiss ist das Papier, worauf ich diese Worte schreibe! und so sind meine Lieblingsfarben zusammen gefügt. Carl S.

13. Juni. Carl S.

14. Juni. Am 8., 9., 10. und 11. dieses war ich durch Latrinengeruch und Dampf von unreinen Pfeifen, sowie mit Schmerzen im rechten Hoden mehrfach gemartert. Den 11. stellte sich bei mir eine gewisse Unruhe ein, sodass ich Hitze an den Füssen hatte und dieselben nicht unter dem Deckbett behalten konnte. Den 12. hatte ich viel mit Magenbeschwerden zu thun, wie Aufstossen und Brüllen, krampfartig, und viele Hitze auf dem Leibe und am Kopf abwechselnd, sodass ich in der Nacht zum 13. fast mit dem Tode rang, in meiner Angst den auf dem vor meinem Bett befindlichen Tisch stehenden Becher mit Wasser hinunterwarf und den Tisch umstiess. Die Wärter kamen und brachten eine Lampe und boten mir auch wieder Wasser zum Trinken an, ich lehnte dasselbe aber ab, auf Grund des unterm 7. und 8. des Geschriebenen. Die ganze Nacht habe ich nicht schlafen können und musste mich im Bette viel herumdrehen, sogar aufsitzen, mit den Füssen aus dem Bette und auf dem Deckbett, denn die Entzündung im ganzen Körper war hochgradig. Der Urin ist seit dem 8. roth gefärbt und entstehen nach jedem Uriniren Magenkrämpfe mit Aufstossen und Schmerzen. Ich werde auch seit dem 11. täglich einmal gebadet. Gegen Morgen wurden die Symptome beruhigender, sodass ich über Tag bedeckt liegen konnte. Abends und in der Nacht zum 14. wurden die angsterregenden Entzündungen, namentlich im Leibe, welche immer auf dem Wege der Elektricität durch Herzklopfen (etwa 140 oder darüber Herzschläge in der Minute) hervorgerufen werden, wie dies seit dem 7. täglich geschieht, so hoch gesteigert, dass ich mich auf die Stubendielen legen musste, um mich abzukühlen, was etwa eine Stunde dauerte. Um Mitternacht etwa begab ich mich dann wiederum in mein Bett und schlief nach einer wiederkehrenden Unruhe und Hitze ein, erwachte bei Tagesanbruch, worauf ich alsbald wieder grosse Hitze des Körpers bemerkte, und noch ein innerlicher Schüttelfrost dazukam, mit Zähneklappern, welcher etwa eine halbe Stunde höchste Bewegungen des ganzen Körpers bei mir hervorrief, nach dem aber Ruhe eintrat, sodass ich dieses schreiben konnte. Auch das Niesen stellte sich seit gestern wieder ein, sowie heute früh. Speisen und Getränke habe ich seit dem 7. ds. zufolge des daselbst notirten Falles bis heute weder gegessen noch getrunken, bemerke aber, dass angefeuchtete Elektricität chemische Luft, Feuchtigkeit in meinen Körper durch die Schweissporen einführt, woraus sich auch erklärt, dass ich täglich 4—6mal Urin lassen kann, welcher einen widerlichen Geruch hat. Stuhlgang mit Erfolg hatte ich seit dem 9. nicht mehr. Carl S.

Heute früh um $4^1/_2$ Uhr hatte ich Stuhlgang mit Erfolg, wobei ich auch ein dem Verhältniss entsprechendes Quantum Urin absondern konnte, welcher ebenfalls die Zeichen innerlicher Entzündung mit sich führte; auch hatte ich dabei wieder den Magenkrampf mit Aufbrüllen und als ich eine Weile zu Bette gelegen hatte, trat Ruhe ein. Carl S.

Die schon heute erwähnten Herzschläge wechseln sich ab mit Herzzittern und stellt sich auch öfter seit 2 Tagen schwacher Husten ein. Die Nasenhöhlen sind schmerzhaft in Folge der innern Entzündung. Heute Vormittag wurde ich wieder gebadet. Carl S.

Gegen Mittag hatte ich starkes Herzklopfen und Nachmittags wiederholte sich dies mit Herzzittern dabei und Herzstichen. Carl S.

Nachmittags hatte ich ein klopfendes und zitterndes Gefühl im After, als ob ein grosses Maschinenrad in Bewegung gesetzt ist, welches ein Gewerk treibt und als ob ich auf das Gerüst oder Gestell mich gesetzt hätte, um welches die Trieberei sich bewegt, und ich so die Wirkung vernähme. Carl S.

15. Juni. Da ich den heutigen Tag erlebte, so will ich wieder vermerken, dass ich gestern bis in die Nacht hinein mit vieler körperlicher Unruhe zufolge innerlicher Entzündung und Hitze zu kämpfen hatte, ich schlief jedoch später ein und erwachte heute vor Tages Anbruch. Bald danach bemerkte ich elektrische Wirkung, welche sich über den ganzen Unterleib und den Magen erstreckte. Dem zufolge gerieth ich im ganzen Körper in eine Entzündungshitze und konnte mich zuletzt nicht im Bette aufhalten, sondern ich musste wiederum auf dem Fussboden liegend nackend diese Hitze zu bewältigen suchen, welches auch wie gestern Erfolg hatte. Gestern Abend wurde mir wieder Wein angeboten, welchen man vor meinen Mund zu bringen suchte.... Carl S.

Die Entzündung im Kopf und Gesicht, besonders den Augen und der Nase und die Hitze in den Füssen beherrschte ich dadurch, dass ich die Stirnfläche und die Fusssohlen abwechselnd mit der massiven Wand neben meinem Bette in zeitweilige Berührung durch Gegendrücken brachte. Die Hitze in meinen Händen bekämpfte ich dadurch, dass ich die Eisentheile meines Bettes mit den Händen umfasste. Ebenso kühlte ich auch Magengegend und Schädeldecke, Stirn, Augen und die Achselhöhle mit meinen Händen, die ich auf dem Fussboden und an der Wand noch vorher abkühlte. Carl S.

Seit dem 7. ds. habe ich wahrgenommen, dass mein Schleim im Munde gelb gefärbt ist, auch bitter und fauligen Geschmack hat; anscheinend entehrt man mich nun noch, weil ich die verunreinigten Speisen und Getränke nicht essen will, dadurch dass man durch die Elektricität mir solchen Dreck einpumpt; denn es ist auffallend, dass ich nur kurze Pausen schlafe und nachher immer so fauligen Geschmack habe. — Heute hatte ich viele Anfälle, bohrend und drehend, besonders in der Gegend, wo die Blase liegt, und grosse Angstschmerzen nach jedem Urin absondern, sodass ich fast zu Boden sinke. Urin oft, aber jedesmal nur wenig und dick rothgelb heute. Heute Abend gebadet. Carl S.

Heute Nachmittag kam ich darauf, dass man mich in diesen Tagen auch mit Rückenmarkentzündung gemartert hat. Carl S.

16. Juni. Von gestern Nachmittag ab wurde ich unausgesetzt mit entzündlicher Körperhitze gemartert und habe ich in der vergangenen Nacht gar nicht schlafen können. Gestern Abend brachte ich diese durch den ganzen Körper sich erstreckende Hitze durch Liegen auf den Fussbodendielen weg; als ich mich in das Bett begeben hatte, bemerkte ich sofort die Wirkung der Elektricität, durch welche ein Feuer im Körper einer Person in wenig Minuten entzündet werden kann, und habe die ganze Nacht schwer gelitten. Gegen Morgen kühlte ich durch alle erdenklichen Mittel, welche mir zu Gebote standen. Ich bin körperlich sehr schwach geworden. Carl S.

Heute wurde ich wieder gebadet und sollte gewaltsam dabei Milch trinken, welchem ich widerstand. Heute hatte ich zwei Ohnmachtsanfälle. Carl S.

Seit mehreren Tagen läuft meine Harnröhre noch nach dem Uriniren und soeben, Abends, ging mir in meiner Schwäche der Urin in's Hemde. Wenn die Entzündungen nachgelassen haben, dann sind mir die Füsse und Hände, auch Arme und Beine und zuweilen der Unterleib bis zur Brust aufwärts und abwärts kalt. Carl S.

17. 6. Gestern Abend wurde ich durch elektrische Maschinenkraft lange in der Rückenlage festgehalten und hierbei anscheinend Leibesfeuchtigkeit in den Magen und die Unterleibsorgane eingeleitet. Vermuthlich wurde diese Feuchtigkeit von einer andern, mit mir in Elektricität liegenden Person entnommen. Ich musste wiederum lange Zeit auf den Stubendielen liegen und kühlen. Eine Mundsperre habe ich, dieselbe besteht im Kopfgelenk, ist schmerzhaft beim Hin- und Herbewegen des Unterkiefers. Carl S.

18. Juni. Heute früh trat so brennender Durst ein, dass mein ganzer Körper glühend heiss war; so ging ich in die Badestube, setzte mich im Hemde in eine leere Badewanne und drehte den Hahn der Brause auf und liess mir die starke Wasserkraft auf Kopf und Leib einströmen, dies dauerte einige Minuten und hatte ich, abgesehen davon, als wenn das Wasser direct durch den ganzen Körper rieselbe, im Ganzen ein behagliches Gefühl.

Bald darauf gaben mir die Aerzte mittelst Instrumenten einen säuerlichen Milchtrank ein. . . . . "

Soweit das Tagebuch.

Aus der ärztlichen Krankengeschichte füge ich Folgendes an, indem ich Wiederholungen des Vorhergesagten weglasse.

8. Juni. Seit dem gestrigen Mittagessen, welches er nur zum kleinsten Theil genossen, abstinirt der Kranke vollständig, er nimmt weder Speise noch Trank — auch keinen Tropfen Wasser.

Sehr kräftiger, gut genährter Mann, ohne Störungen an Lunge, Herz und Unterleibsorganen. Gewicht 82 Kilo.

10. Juli. Absolute Abstinenz, auch kein Tropfen Wasser. Würdigt die Aerzte keines Wortes, ist aber mild gegen die Wärter, denen er beim Baden,

Wäschewechseln etc. keinen Widerstand leistet. Nur die Versuche, ihm Speise und Trank aufzudringen, weist er energisch zurück.

12. Juni. Status idem. Abmagerung deutlich. Foetor der Abstinirenden vom 2. Tage an (Aceton). Ders. Geruch am Harn, welchen der Kranke aber nur ins Closet entleert (Untersuchung daher unmöglich). — Auf energisches Zureden richtet er sich auf und schreit mich an: „Sie können mich tödten, aber Sie können einen S. nicht entehren!“

13. Juni. Gewichtsabnahme bis heute 11 Kilo.

15. Juni. Alle Versuche mit Löffel, Tasse, Becher, ihm Speise oder Trank beizubringen, sind erfolglos. Eine Demonstration des Sondenapparats macht keinen Eindruck auf den Kranken.

18. Juni. Weist den Anstaltsgeistlichen aus dem Zimmer: „er möge ihm seinen Tod nicht noch verbittern.“ Die Schwäche ist sehr gross. Die Augen tief zurückgesunken, die Nase spitz, alle sichtbaren Schleimhäute trocken und geröthet. Sprache heiser. Puls kaum noch zu fühlen.

Endlich ist es gelungen, ein wenig Urin von dem eigensinnigen Kranken zu erhalten. Derselbe ist hochgestellt, trübe, mit dicken weisslichen Sedimenten. Enthält eine beträchtliche Menge Eiweiss (starker flockiger Niederschlag). Acetonreaction nicht deutlich, wie auch der charakteristische Geruch des Athems in den letzten Tagen nicht mehr wahrzunehmen war und einem gewöhnlichen Foetor ex ore Platz gemacht hatte. Gewichtsabnahme 14 Kilo.

Alles dies bestimmte uns, ex indicatione vitali die Schlundsonde anzuwenden, und zwar am Nachmittage des 18. Juni, also am 12. Tage der absoluten Abstinenz. Der Kranke leistete bei der Operation in Folge seiner grossen Schwäche nur wenig Widerstand. Es wurde frische Milch, etwa $^3/_4$ Liter mit 3 Eiern hineingequirlt, eingeflösst. Ein Theil der Masse (welche in dem contrahirten Magen nicht Platz fand) wurde mit Brechbewegungen wieder entleert. —

Der Effekt der Operation war ein vollkommener. Der Kranke gab am anderen Tage an, dass ihn mit der eingeflössten Flüssigkeit neues Leben durchströmt habe; er ass und trank jetzt willig, jedoch nahm er Anfangs nur wenig feste Substanz, sondern trank hauptsächlich ausserordentlich viel Wasser.

Das im Harn nachgewiesene Eiweiss fand sich am folgenden Morgen nur noch in Spuren darin vor, trotzdem dass sich noch ein beträchtlicher weisser (mikroskopisch aus weissen Blutzellen und Epithelien der Blase und Harnröhre bestehender) Bodensatz zeigte. Am 3. Tage nach der Fütterung war das Eiweiss im Harn vollständig verschwunden und der Urin verlor in der Folge auch seinen Bodensatz.

Die Schleimhäute regenerirten sich, die Röthung ging zurück, der zähe Schleim ward entfernt, die Heiserkeit verschwand. Die Haut wurde wieder turgescent; ein lästiges Jucken der Haut bestand noch einige Zeit, nach 8 Tagen trat sogar etwas Anschwellung der Haut an den Vorderarmen und Unterschenkeln auf. — Auch dieses Symptom verschwand wieder. Der Kranke gewann allmählich seine alte Kraft und Körperfülle wieder.

**

Auf das psychische Verhalten war die Carenz ohne jeden Einfluss: Der Kranke gab an, dass die Stimmen und die Elektricität während der 12 Tage nicht im Geringsten nachgelassen hätten. Jetzt ist das Verhalten ganz wie vorher, doch isst der Kranke bisher regelmässig.

Die vorstehende Beobachtung beweist, dass ein körperlich gesunder Erwachsener sehr wohl eine absolute Carenz (bei welcher also auch kein Tropfen Wasser genommen wird) während 12 Tagen aushalten kann, ohne dass es ihm dauernden Nachtheil an Körper oder Geist zufügt. Die Gewichtsabnahme war in diesem Falle beträchtlich, sie betrug 14 Kilo, also rund $1^1/_6$ Kilo pro Tag, während bei längerer Carenz mit Wassergenuss der tägliche Gewichtsverlust etwa $^1/_2$ Kilo beträgt.

Weiter zeigt die Beobachtung, dass in den letzten Stadien der absoluten Carenz Eiweiss im Harn auftritt, und zwar in grösserer Quantität, als die Beimischungen Seitens der harnausführenden Organe bedingen; also Eiweiss aus der Niere. Dieses Eiweiss verschwindet sehr bald nach reichlicher Wasserzufuhr. In den übrigen inneren Organen waren die Störungen verhältnissmässig gering und ebenfalls rasch vorübergehend. Insbesondere trat Pneumonie oder irgend eine dauernde Lungenaffection nicht auf, ebenso wenig wie eine dauernde Störung am Herzen. Die Schleimhäute litten allerdings in Folge des Wassermangels sehr Noth, auch einzelne Gelenke, z. B. das Kiefergelenk, wurden trocken und schmerzhaft.[1]

Endlich beweist dieser Fall, wie auch die Abstinenz aus rein psychischen Ursachen von einem entschlossenen und thatkräftigen Irren bis zu einem Puncte fortgesetzt werden kann, dass das Leben durch Inanition schwer bedroht ist. Diese Fälle sind ausserordentlich selten. In unserm Falle glaubte ich zur Erhaltung des Lebens die Schlundsonde anwenden zu müssen. Denn wir verwerfen ja nicht prinzipiell die Sonde, sondern wir beschränken ihre Anwendung nur auf die Fälle, in denen wir ganz sicher sind, dass wir durch die Sonde dem Kranken nicht mehr Schaden zufügen, als die Enthaltung der Speise es thut. Wäre der Widerstand des Kranken ein irgend nennenswerther gewesen, so hätten wir weiter zugewartet.

II. Referate.

Anatomie.

1) Sur la fossette vermienne du crâne des mammifères par le Prof. P. Albrecht, Bruxelles. (Sep.-Abdr.)

Lombroso hatte 1871 auf eine mittlere Grube der Hinterhauptsschuppe (Foss. occipitalis med.), die er bei einem Hingerichteten gefunden hatte, aufmerksam gemacht, und es hat sich seitdem bereits eine kleine Literatur — A. führt 16 italienische Arbeiten an — über diese Grube gebildet. Sie ist relativ häufig vorhanden bei

[1] Gegen P. Rosenbach bemerke ich wiederum, dass diese Beobachtung durchaus gegen die Annahme spricht, dass in Folge der Inanition im Gehirn intra vitam anatomische Veränderungen Statt finden.

Verbrechern, bei Irren und bei niederen Raçen, z. B. in 40 % aller Fälle bei den Aymara in Amerika.

Von Seiten des Gehirns entspricht dieser mittleren Hinterhauptsgrube der Wurm des Cerebellum, und A. nennt sie deshalb „Fossette vermienne". Er findet sie mehr oder weniger ausgesprochen vorhanden bei allen Säugethierklassen, auch bei den Affen, jedoch mit Ausnahme der 3 Anthropoiden Orang, Schimpanse und Gorilla, wogegen der Hylobates sie gut entwickelt besitzt.

Nicht immer bleibt sie auf die Hinterhauptsschuppe begrenzt, sondern greift bei manchen Säugethieren auf die Ossa interparietalia über; sie ist ferner bisweilen durch eine quere Leiste in einen oberen und unteren Theil getrennt, welchen Theilen dann bestimmte Läppchen des Wurms entsprechen.

A. beschreibt auch einen ausgezeichneten Fall vom Menschen (aus der Sammlung der Universität Halle) mit gleichzeitiger Kieferspalte der linken Seite; ferner einen Fall bei einem Kinde.

A. tritt der Meinung Lombroso's bei, dass beim Menschen die Fossa occipit. med. ein atavistisches Zeichen sei. Hadlich.

---

2) **Il cervello del boa, e considerazioni di nevrofisiologia comparata,** del Prof. Lussana. (Archiv. ital. per le malat. nervose etc. 1884. XXI. p. 274.)

Verf. hatte die Gelegenheit, das Nervensystem einer afrikanischen Riesenschlange (Boa Python) anatomisch zu untersuchen. Das Gehirn allein wog nur 8 Gramm bei einem Gewicht des ganzen Reptils von 24 Kilo. Die verhältnissmässig sehr grossen Riechkolben verbinden sich jederseits mit einem Ramus olfactorius des N. trigeminus, um sich zusammen in der Schneider'schen Membran zu verbreiten. Die beiden Grosshirnhemisphären bestehen aus je einem Corpus striatum und einem darüber liegenden Hirnmantel: der flache Raum zwischen diesen beiden Gebilden entspricht dem Seitenventrikel. Die Thalami optici sind vorhanden, während die Pfeiler des Fornix, die Tela choroidea und der mittlere Ventrikel kaum angedeutet sind. Die Lobi optici — den Corp. quadrig. der Säugethiere entsprechend — sind stark entwickelt und haben eine partielle Längsfurche und eine tiefe Querfurche, so dass die Zerlegung in 4 Lappen, wie bei den Säugethieren, angedeutet ist; allen übrigen eierlegenden Wirbelthieren fehlt aber diese Querfurche, so dass nur die Boa und merkwürdiger Weise unter den Fischen allein der Aal die säugethier-ähnliche Quadruplicität der Corp. quadrig. aufweisen. Das Kleinhirn ist ebenso wie die Zirbeldrüse verhältnissmässig stark ausgebildet.

Das Gehirn im Ganzen ist also im Vergleich mit dem Körper der Riesenschlange ausserordentlich klein; es wiegt nur $^1/_{3000}$ der Letzteren, gegen $^1/_{1320}$ bei anderen Reptilien, $^1/_{212}$ bei Vögeln, $^1/_{186}$ bei Säugethieren und endlich gegen $^1/_{85}$ beim Menschen. Sommer.

Experimentelle Physiologie.

3) **Ueber Modificationen der Tastempfindung** von H. Schmey. (E. du Bois-Reymond's Archiv f. Physiol. 1884. S. 309.)

Sch. experimentirte an sich selbst mit Sieveking's Aesthesiometer und nach der Methode der Messung desjenigen Abstandes zweier Spitzen, bei welchem sie eben noch als getrennt empfunden werden. Er constatirte 1) dass bei vorhergehender Muskelanstrengung die über der betreffenden Musculatur gelegene Haut eine Herabsetzung der Feinheit des Raumsinnes zeigt. Der viel gebrauchte rechte Arm zeigte demgemäss eine geringere Hautsensibilität als der linke; ferner trat diese

Differenz am Abend stärker hervor als am Morgen. An den Beinen fand sich die Sensibilität gleich. — 2) Ein kurze Zeit aufgelegtes Senfpflaster verfeinert anfangs den Raumsinn der betreffendenden Stelle für kurze Zeit, um ihn jedoch hiernach auf oder sogar unter die Norm sinken zu machen (cf. die zwei Stadien der Entzündung nach Cohnheim's Lehre). — 3) Inhalation von Amylnitrit verfeinert beträchtlich den Raumsinn der Haut der Wangen, anscheinend aber auch an anderen Körperstellen. — 4) Nervencompression verschlechtert den Raumsinn der Hautstelle, wo der Nerv peripher endet; geringe Dehnung der Haut verfeinert, starke verschlechtert den Raumsinn. — 5) Kälteeinwirkung auf die Haut verschlechtert den Raumsinn. Hadlich.

Pathologische Anatomie.

4) Ueber einen Fall von Tabes dorsalis mit Degeneration der peripherischen Nerven von Igakushi Hasimé Sakaky aus Tokio, Japan. (Arch. f. Psych. XV. S. 584.)

Der klinisch ausführlich mitgetheilte Fall ergab bei der Section nahezu vollständige Degeneration der Hinterstränge, und starke Atrophie der hinteren Wurzeln; von den herauspräparirten peripherischen Nerven erwiesen sich schon makroskopisch die Nn. sapheni als dünn und grau; die Untersuchung erfolgte an verschiedenen Abschnitten der gehärteten Nerven unter steter Vergleichung mit normalen.

Die Veränderung erwies sich als Atrophie der Nervenröhren ohne deutliche Vermehrung des Endoneurium; die Verbreitung derselben war eine sehr wechselnde, indem z. B. die peripherischen Zweige des Saphenus major nur vereinzelte markhaltige Nervenröhren zeigen, während sein centraler Abschnitt viel leichtere Veränderung aufweist; der N. cutaneus femoris int. ist in allen Abschnitten nahezu gleichmässig stark atrophisch; die Rami muscul. für den M. extensor quadriceps und der N. musculo-cutaneus brachii scheinen fast normal.

Mittelst vergleichenden Zählungen und Berechnungen gewinnt S. folgende Tabelle:

Zahl der markhaltigen Nervenröhren in 1 Quadratmillimeter:

	Normal		Tabes	
	central	peripher	central	peripher
N. saph. major.	3200	2944	2432	896
N. cut. fem. int.	3392	3200	1920	2176
Rami muscul.	3136	2944	2880	3428
N. musculo-cutaneus	3072	3584	3712	2944

Auf Grund der Thatsache, dass den stärksten Atrophien die bedeutendsten Sensibilitätsstörungen entsprachen, während die motorischen und gemischten Nerven frei blieben, dürfte geschlossen werden, dass die Anästhesie durch die Atrophie der sensiblen Nerven bedingt war. A. Pick.

---

5) Secondary degeneration of nerve tracts following removal of the cortex of the cerebrum by Langley and Sherrington. (Dog. Journ. of physiol. Vol. 5. Nr. 2.)

In Nr. 4 d. J. S. 80 ist über den Befund berichtet, welchen die genaue Untersuchung des Gehirns von dem von Goltz in London vorgeführten Hunde ergeben hatte. L. und S. haben die secundäre Degeneration durch die Medulla oblongata hindurch verfolgt. Unterhalb des Pons und der Pyramidenkreuzung fanden sich die Anzahl der degenerirten Fasern wesentlich geringer als dicht oberhalb dieser Stellen. (Nur die rechte Hälfte der Medulla oblongata des an beiden Hemisphären verletzten

Hundes stand zu Gebote.) Mit Rücksicht darauf, dass die Exstirpationen verschieden lange Zeit vor dem Tode des Thieres vorgenommen waren (beispielsweise am rechten Gehirn hinten 9 Monate, vorne 5—$2^1/_2$ Monate), suchen die Verff. aus der Deutlichkeit der Degeneration im Rückenmarke einen Rückschluss zu ziehen auf die Zugehörigkeit der einzelnen Theile des Rückenmarksquerschnittes zu den zu verschiedenen Zeiten weggenommenen Grosshirnparthien. Sie fanden in den Hintersträngen beiderseits, jedoch nicht ganz gleich gelegen, die Degeneration bis zum zweiten Lumbarnerven. Sie halten es nicht für unwahrscheinlich, dass der dorsale Theil der Pyramidenseitenstrangbahn mit der hinter dem Gyrus sigmoideus gelegenen Grosshirnrinde zusammenhängt.

Einzelne über den ganzen Rückenmarksquerschnitt zerstreute, aber namentlich in der Mitte des Vorderstranges gelegene Fasern zeigten frühere Stadien eines Degenerationsprocesses. Die Verf. bezeichnen dieselbe als „tertiäre" Degeneration. Sie glauben, dass dieselben durch den Wegfall trophischer Centren im Gehirn bedingt sein könne. Moeli.

---

6) Ueber die Veränderungen des Augenhintergrundes in Folge von Alcoholismus, sowie über die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei der Alcoholamblyopie von Dr. W. Uhthoff. (Berl. klin. Wochenschr. 1884. Nr. 25.)

U. fand bei 360 Alcoholisten in 14 % der Fälle eine leichte, aber deutlich zu constatirende Trübung der Netzhaut, am deutlichsten an der Papille markirt, nach der Peripherie des Augenhintergrundes deutlich abklingend. Diese Veränderung ist durchaus nicht an das Auftreten einer Intoxicationsamblyopie gebunden, sondern kommt ohne Sehstörung vor und ist für den Alcoholismus in keiner Weise charakteristisch. In 1 % der Alcoholisten fanden sich dann ein oder mehrere Retinalhämorrhagien. Endlich wurde in 17 % der Fälle eine partielle atrophische Verfärbung des äusseren Papillentheils constatirt. Gewöhnlich hatte die Veränderung die Form eines keilförmigen Sectors. Dieser Befund war durchaus nicht immer mit einer Sehstörung complicirt. Wenn auch andere Noxen, wie Tabak, Diabetes, Blei dieselbe Veränderung herbeiführen können, so beeinträchtigt das die Verwerthbarkeit dieses Befundes für die Diagnose des Alcoholismus nicht, da die betreffenden Schädlichkeiten durch Anamnese und Untersuchung leicht zu eruiren sind.

Verf. fügt dann noch 2 Sectionsbefunde von Alcoholisten mit atrophischer Ablassung der temporalen Papillenhälfte hinzu. Die Sehstörung war bei beiden Patienten eine verschiedene gewesen, der eine hatte eine hochgradige Sehstörung mit centralen Gesichtsfelddefecten, der andere hatte eine typische Alcoholamblyopie gehabt, die sich aber zum grössten Theile zur Zeit des Todes restituirt hatte. Die anatomischen Veränderungen der Sehnerven boten die grössten Analogien und unterscheiden sich nur durch die Intensität. Es fand sich starke Wucherung des interstitiellen Bindegewebes mit erheblicher Kernwucherung, Neubildung von Gefässen mit z. Th. stark verdickten Wandungen und Atrophie der Nervenfasern. Die degenerirten Partien liegen nach aussen von den Centralgefässen bis zur Peripherie. In dem einen Falle konnte auch das Chiasma und beide Tractus untersucht werden. Es zeigte sich, dass der degenerirte Herd allmählich die äussere Oberfläche verliess und im Canalis opticus fast in der Mitte in kreisrunder Gestalt lag. Im Chiasma ist auf jeder Hälfte ein Herd nachweisbar, der im inneren Theile des Tractus sich nach oben innen zur Peripherie erstreckt. Rosenheim.

Pathologie des Nervensystems.

7) Contribution à l'étude de l'hémiplégie cérébrale infantile par E. Gaudard. (Thèse de Genève. 1884.)

14 Beobachtungen, zumeist aus der Clientel von Prof. d'Espine, und 80 aus der Litteratur gesammelte Fälle bilden die Grundlage für die Arbeit. Verf. schliesst bei der Betrachtung aus die vorübergehenden cerebralen Hemiplegien und diejenigen, die Symptome einer bestehenden Hirnkrankheit (Meningitis, Tumor etc.) sind, und handelt nur von den dauernden Hemiplegien, die nach einer Hämorrhagie, einer Encephalitis etc. zurückbleiben.

Aus seinen Schlusssätzen wollen wir folgende hervorheben:

1) Die infantile cerebrale Lähmung ist ein wenig häufiger, als die spinale Kinderlähmung. Sie tritt, wie diese, im Allgemeinen in den 3 ersten Lebensjahren auf, bald plötzlich mit oder ohne Verlust des Bewusstseins, oder nach einem Anfall halbseitiger Epilepsie, bald, seltener, allmählich.
2) Sie unterscheidet sich von den ähnlichen cerebralen Lähmungen der Erwachsenen durch ihre Einwirkung auf das Knochenwachsthum; vorzugsweise wird die obere Extremität, seltener die untere, und ausnahmsweise die entsprechende Hälfte des Kopfes im Wachsthum aufgehalten.
3) Die ursprüngliche Affection ist gewöhnlich eine Meningo-Encephalitis der motorischen Rindenzone, zuweilen Erweichung durch Embolie, seltener eine Hämorrhagie.
4) Die Hemiplegie tritt oft auf bei Kindern in der Reconvalescenz von acuten Erkrankungen.
5) Sie lässt die geistigen Fähigkeiten meist unversehrt (12 in 14 Fällen).
6) Eine consequente Behandlung (Elektricität, Orthopädie) hat einen unbestreitbaren Einfluss, um der Hemmung der Entwickelung, der secundären Contractur und den Deformitäten entgegenzutreten.

(Revue médicale de la Suisse Romande, 15 août 1884.)

---

8) Tobacco amblyopia by Ch. Shears. (Brit. med. Journ. 1884. 21. vi. p. 1199.)

Verf. hat Gelegenheit gehabt, in der Augenklinik zu Liverpool in einem Zeitraum von 10 Monaten nicht weniger als 40 Fälle von Tabaksamblyopie zu beobachten. Die Diagnose wurde nur dann gestellt, wenn der betreffende Patient ein excessiver Raucher war, wenn ferner die Abnahme der Sehkraft eine rapide und hochgradige war und wenn bei sonst normalen Augen ophthalmoskopisch keine Veränderung oder nur eine Verfärbung der Papille in's Weissliche oder Röthliche vorlag; ausgesprochene Atrophie war keinmal zu constatiren. Um etwaige Amaurosen in Folge von Tabes auszuschliessen, wurde jedesmal auf das Kniephänomen geachtet: keinmal fehlte dasselbe. Die genaueren Angaben über die Anamnese, den Status, die Therapie und den Verlauf eines jeden Falles sind tabellarisch vom Verf. zusammengestellt und müssen im Original nachgesehen werden. Im Allgemeinen war übrigens der Verlauf ein ausserordentlich günstiger, indem fast alle Patienten, die das Rauchen aufgaben oder wenigstens sehr einschränkten, und längere Zeit in Behandlung blieben, als genesen entlassen werden konnten. 14 wurden völlig geheilt, 14 sehr gebessert und von den übrigen 12 Patienten hatten sich 8 nur ein- oder zweimal in der Klinik vorgestellt, der 9. war auch bald ausgeblieben, und von den restirenden 3 Patienten konnten 2 auf keine Weise bewogen werden, das Rauchen einzuschränken, und der letzte Ungeheilte war nebenbei ein derartiger Potator, dass er während der Kur von postalcoholischer Paraplegie befallen wurde.

Um Galezowski's Angabe, dass auch Tabakarbeiter allein durch ihr Gewerbe in Gefahr der Erblindung geriethen, zu prüfen, hat Verf. eine grosse Zahl von

Tabaksarbeitern untersucht und bei keinem Amblyopie, ja nicht einmal die Kenntniss von einer derartigen Gewerbekrankheit gefunden. Sommer.

---

9) **Analysis of seventy-five consecutive cases of posterior spinal sclerosis, with special reference to a syphilitic origin** by E. C. Seguin. (Archives of Medicine. Vol. XII. p. 71.)

In dieser kurzen Mittheilung theilt der rühmlichst bekannte Neurologe Seguin seine Erfahrungen mit über die Beziehungen der Syphilis zur Tabes. Er beruft sich dabei auf 75 Fälle — eine immerhin ansehnliche Anzahl — aus seiner Privat-Praxis, die er seit dem Jahre 1866 Gelegenheit zu beobachten hatte. Seine Statistik lautet:

Syphilis gar nicht erwähnt . . 21 Fälle = 28 %,
Syphilis erwähnt . . . . . 54 Fälle = 72 %.

Nur die letzteren können hier in Betracht kommen. Hiervon fand S.:

Keine Syphilis oder Schanker . 15 Fälle = 27,78 %,
Schanker oder Syphilis . . . . 39 Fälle = 72,22 %.

In Bezug auf die Natur der syphilitischen Infection ergiebt sich folgende Tabelle:

Schanker allein . . . . . 23 Fälle = 42,59 %,
Schanker und secundäre Syphilis 16 Fälle = 29,63 %,
Keine Syphilis . . . . . 15 Fälle = 27,18 %.

S. meint, dass seine Statistik die Ansicht Erb's bestätige. Ref. glaubt, dass nur die Unitarier damit einverstanden sein werden. Sachs, New York.

---

10) **Eclampsie et Épilepsie** par Ch. Féré. (Arch. de Neurol. 1884. No. 22. p. 37—56.)

Seitdem bei den scarlatinösen und puerperalen Eclampsien das häufige Vorkommen der Albuminurie bekannt ist, nimmt man für das Zustandekommen der Eclampsie eine specifische Einwirkung des veränderten Blutes auf das Centralnervensystem an, indessen wird man doch zu der Annahme gedrängt, dass, wenn nicht alle Individuen auf dieselbe Weise unter der Veränderung des Blutes reagiren, hier eine specielle Prädisposition mitspielen muss. Daher betont Verf. in dieser Arbeit die neuropathische Prädisposition der von Eclampsie betroffenen Individuen und den zwischen Eclampsie und Epilepsie nicht nur klinisch, sondern auch pathogenetisch bestehenden Zusammenhang. Für die Eclampsia infantum war schon von älteren Autoren auf das häufige Vorkommen derselben bei Kindern, die aus neuropathischen Familien stammen, aufmerksam gemacht worden.

Verf. theilt 8 Krankengeschichten mit, in denen sich trotz des Verschwindens der Albuminurie bei neuropathischer Beanlagung theils an Scarlatina Eclampsie, theils an puerperale Eclampsie die Epilepsie anschloss. Auf Grund dieser Beobachtungen kommt er zu dem Schlusse, dass in einer Anzahl von Fällen für das Auftreten der Eclampsie die neuropathische Prädisposition eine grosse Rolle spiele und dass die Dentition, Intestinalcatarrhe der Kinder, Scarlatina, Schwangerschaft und Entbindung nur deteriorirende Momente darstellen. In einer anderen Reihe von Fällen stellen sich im Gefolge einer Scarlatina etc. eclamptische Anfälle ein, dann geht diese acute Epilepsie sozusagen in einen chronischen Zustand über und manifestirt sich nun durch die isolirten Attacken einer gewöhnlichen Epilepsie.

Den Einwand, dass es Epileptische gebe, die niemals bei Gelegenheit der Dentition, Scarlatina oder Schwangerschaft Convulsionen gehabt haben, sucht Verf. dadurch zu beseitigen, dass er bei gewissen Individuen die Existenz epileptogener Zonen (gastrische, uterine, periphere etc.) annimmt, bei deren Reizung die Neurose zum Ausbruch kommt. Joseph.

---

11) Clinical remarks on cases illustrating the essential identity of progressive muscular atrophy and progressive bulbar paralysis by J. Magee Finny. (Brit. med. Journ. 1884. p. 1132 ff. and p. 1196 ff.)

Während früher progressive Muskelatrophie und Bulbärparalyse als zwei distincte Erkrankungen betrachtet wurden, die gar nichts mit einander gemein hätten, bricht sich allmählich die entgegengesetzte Ansicht Bahn. Den Anstoss zum Sturz der Duchenne'schen Theorie, für jene erstere Erkrankung sei die Atrophie ohne Paralyse und für die andere Paralyse ohne Atrophie charakteristisch, hat wohl die pathologische Anatomie geliefert, als sie die Degeneration der multipolaren Ganglienzellen der Vorderhörner des Rückenmarks als Substrat der Muskelatrophie und die der Ganglienzellen in den Nervenkernen auf dem Boden des vierten Ventrikels als das Substrat der Bulbärparalyse erkannte. Da nun beide Zellengruppen anatomisch wie physiologisch als gleichwerthig zu betrachten sind, so musste es wahrscheinlich werden, dass Erkrankungen der einen Gruppe auf die andere übergehen könnten. So beschrieb dann auch Charcot bald den ersten Fall, in dem jener Uebergang klinisch nachzuweisen war und seitdem sind mehrere ähnliche Beobachtungen veröffentlicht worden. Verf. ist nun in der Lage, zwei neue Fälle mitzutheilen. Die ausführlichen Einzelheiten müssen natürlich im Original nachgelesen werden; hier sei erwähnt, dass beide Fälle Männer von 50 resp. 39 Jahren betrafen, die weder hereditär belastet waren, noch jemals an Lues gelitten hatten. Zuerst waren die Bulbärsymptome aufgefallen; erst nach 8 resp. 4 Monaten machten sich Störungen in den Extremitätenmuskeln bemerkbar, wobei freilich berücksichtigt werden muss, dass die Muskelatrophie, die anfänglich nur einzelne Faserbündel der betroffenen Muskeln zu ergreifen pflegt, schon weit längere Zeit hindurch latent bestanden haben mag. Im ersten Fall war von Bulbärsymptomen die Störung der vom Hypoglossus versorgten Muskeln besonders auffällig, während im zweiten das Facialisgebiet in höherem Grade erkrankt war. Auch der Verlauf des Leidens war ein verschiedener: nach kaum 9monatlicher Dauer war der erste Patient schon dem Tode nahe und entzog sich, bereits an häufigen Erstickungsanfällen leidend, der weiteren Beobachtung, und in dem anderen trat nach 10monatlicher Dauer eine bedeutende Besserung ein, über deren Bestand freilich nichts angegeben ist. Sommer.

---

12) Een geval van poliomyelitis anterior acuta bij eene volwassene door B. H. Stephan. (Meekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor geneesk. 1884. Nr. 24.)

Die Kranke, eine 30 Jahre alte Arbeiterin, litt seit dem 14. Lebensjahre, besonders Abends, an Schmerz im Rücken und im Kreuz, ausserdem war sie stets gesund gewesen; deprimirende psychische Einflüsse hatten nicht auf sie eingewirkt. Patientin hatte 3 Kinder gehabt, von denen das eine todt geboren wurde, das 2., 1 Monat zu früh geborne, nach 12 Tagen, das 3., ausgetragene, im 1. Jahre starb. Am 4. October 1882 bekam sie nach Durchnässung und Erkältung heftigen Schmerz in den Gliedern und im Rücken und Steifheit in den Gliedern. Am 5. October war das linke Bein gelähmt, am 6. waren beide Arme gelähmt, der rechte am meisten. Dabei bestand Fieber und der Schmerz in Gliedern und Rücken war äusserst heftig. Auch das rechte Bein wurde gelähmt, doch nicht so vollständig wie die übrigen Glieder. Sonst bestand nichts Abnormes, namentlich keine Störung in der Function der Blase und des Rectum. Allmählich nahm die Lähmung wieder etwas ab, zuerst im rechten, dann im linken Arme, aber Schwäche blieb in den gelähmt gewesenen Gliedern zurück, im linken Beine trat nur wenig Besserung ein. Mit der Lähmung war rasche Abmagerung der Glieder eingetreten, die ebenfalls wieder nachliess. Von Zeit zu Zeit traten in den Gliedern, namentlich im linken Beine, fibrilläre Zuckungen auf. — Am 15. Januar 1884 fand St. nicht Abnormes in den Bewegungen des Ge-

sichts und der Augen, gleichweite und gut reagirende Pupillen. Passive Bewegungen waren in allen Gelenken der obern Extremitäten unbehindert und schmerzlos, auch die aktiven; die Coordination war nicht gestört. Die Kraft der Hände war auf beiden Seiten vermindert, aber gleich. Bei ausgestreckter Haltung der Hände oder der Arme trat rasch Tremor ein. An beiden Händen, besonders an der linken, waren die Muskeln atrophisch, der linke Vorderarm war schwächer als der rechte, an den Oberarmen waren die Deltoides, Supra- und Infraspinati, Rhomboides und Levatores scapulae atrophisch. Alle Muskeln waren schlaff. Die elektrische Contractilität der Muskeln zeigte sich vermindert im Verhältniss zur Atrophie derselben. Sensibilität, Schnelligkeit der Perception, Raumsinn, Drucksinn, Temperatur- und Schmerzgefühl zeigten keine Abweichung. Periostreflex vom Radius war nicht vorhanden, der Sehnenreflex vom Triceps beiderseits sehr schwach. — Auch am rechten Bein waren active Bewegungen in allen Gelenken möglich, die Coordination gut, aber schon bei geringem Widerstand waren Flexion und Extension unmöglich. Die Kranke vermochte das rechte Bein nur kurze Zeit ausgestreckt zu halten, Tremor trat dabei aber nicht auf. — Am linken Bein waren fast alle Muskeln vollständig gelähmt, nur die Zehen und das Hüftgelenk konnten etwas gebeugt werden und im Fussgelenk schien eine geringe Bewegung möglich; der Fuss befand sich beim Liegen in geringer Equino-Varus-Stellung, Unterschenkel und Fuss waren kälter als rechts. Das linke Bein war in hohem Grade atrophisch, die Muskeln waren sehr schlaff. Am rechten Bein war die faradische Contractilität ungeschwächt, am linken ganz verschwunden, durch den galvanischen Strom wurden beim Wechsel am linken Bein im Quadriceps cruris, in den Flexoren und Adductoren, am Unterschenkel nur in einzelnen Muskeln Contractionen ausgelöst, aber viel schwächer und träger als am rechten Bein. Schliessungs- und Oeffnungsströme riefen am rechten Beine nur bei einer grössern Anzahl von Elementen Contractionen hervor, am linken gar nicht. Die Sensibilität war an den Beinen ungestört, die Hautreflexe waren rechts erhalten, links aufgehoben, der Patellarreflex war rechts normal, links fehlte er ganz, Dorsalklonus bestand weder rechts, noch links. Mit Unterstützung konnte die Kranke eine Strecke lang gehen, das linke Bein nachschleppend, bald aber begann das rechte Bein zu zittern und Schweiss brach aus. Walter Berger.

---

13) Multiple Neuritis by S. G. Webber, Boston. (Arch. of Med. Vol. XII. p. 33.)

Auch diesseits des Oceans erregt die multiple Neuritis das Interesse der Neurologen in hohem Maasse. Auf der Versammlung der American Neurological Association im vergangenen Juni verlas W. die Arbeit, die jetzt an obiger Stelle veröffentlicht ist. Webber's Erfahrungen erstrecken sich im Ganzen auf 18 Fälle; es werden aber blos vier mitgetheilt; und darunter nur ein einziger mit Sectionsbefund. Dieser Befund wurde allerdings sorgfältig erhoben. Die Erkrankung betraf hauptsächlich die peripheren Enden der Nn. medianus, ulnaris, radialis beiderseits; ausserdem die untersten Antheile der Nn. ischiadici, den rechten N. phrenicus, den rechten Vagus (oberer Theil) und den rechten Recurrens laryngis. Die Erscheinungen intra vitam entsprachen diesem Befunde. Die Veränderung an den Nerven hält W. für identisch mit der secundären Degeneration, die nach Durchschneidung eines Nerven Platz greift.

Nach Webber unterscheidet sich die multiple Neuritis von der Poliomyelitis anterior durch Schmerz und Hyperästhesie, durch excessive Empfindlichkeit über den Nervenstämmen, Verringerung der Sensibilität und frequenten Puls. Durch den schleichenden Beginn soll sie sich von der acuten Form der Poliomyelitis trennen lassen; letztere befällt auch nur selten alle vier Extremitäten. Progressive Muskelatrophie würde sich durch mangelnde Sensibilitätsstörungen und durch das verschiedene Verhalten der elektrischen Reactionen kennzeichnen (elektrische Reactionen bei mul-

tipler Neuritis durch das Stadium der Degeneration bestimmt). Bei Bleilähmung würde der Verlauf ein langsamerer sein; Sensibilitätsstörungen würden fehlen.

Therapeutisch berichtet W. wenig Günstiges. Acid. salicyl. schien in einigen Fällen die Krankheitsdauer abzukürzen. Carbolumschläge (4 %—5 %) schienen bei grosser Schmerzhaftigkeit von Nutzen zu sein. Sachs, New York.

---

14) Ein Fall von vollständiger, vorübergehender Taubheit von Dr. A. Magnus in Königsberg. (Arch. f. Ohrenheilk. XX. 3. S. 171.)

Patient, ein 9jähriger, von hysterischen Eltern stammender Knabe, verlor ohne unmittelbar vorhergegangene Veranlassung binnen wenigen Tagen beiderseits das Gehör und zwar so vollständig, dass die lautesten Geräusche nicht mehr percipirt wurden und auch die Kopfknochenleitung aufgehoben war. Die Untersuchung des Ohres ergab ein negatives Resultat. Lähmungen sonstiger Hirnnerven waren nicht zu entdecken und ebensowenig zeigten sich bei der Untersuchung des Augenhintergrundes irgendwelche Veränderungen (etwa Tuberkel.) Schon zu Anfang der Krankheit hatte sich ein heftiger Schwindelanfall eingestellt, später treten mehrmals intensive Krampfanfälle auf, welche von Schwindel eingeleitet wurden, bei denen aber das Bewusstsein erhalten war. In der Zwischenzeit wurden ebenfalls Schwindel, starkes Gähnen, kalter Schweiss und bläuliche Nägel bemerkt, das Kind war launisch, reizbar und widerspenstig und zeigte überhaupt in seinem Wesen etwas unmotivirt Abspringendes und Ungleiches. Nachdem sich die Kankheit in dieser Weise durch ungefähr 3 Wochen hingezogen hatte, schrie der Pat. bei einem Zärtlichkeitsakte, während die Mutter ihm einen Kuss auf die linke Wange gab und mit der Hand das rechte Ohr berührte, plötzlich über einen starken Schmerz und sagte, es wäre ihm etwas im rechten Ohre zerrissen. Einige Zeit darauf hörte er das Fahren der Wagen auf der Strasse, am nächsten Tage wurde auch das linke Ohr frei, und nachdem noch mehrmals der Katheter applicirt worden war, konnte Pat. mit beiderseits vollkommen normalem Gehör entlassen werden. Die Behandlung war durchweg eine einfach roborirende gewesen. In der Folge zeigten sich zwar noch wiederholt Herzklopfen und Schwindel, wobei dann gewöhnlich das eine oder das andere Ohr für einige Stunden ertaubte; auch bestand noch mehrere Wochen lang eine Empfindlichkeit gegen starke Geräusche, im Uebrigen aber war das Kind munter, bei Appetit und hörte gut. — Was die Deutung des Krankheitsfalles betrifft, so glaubt Verf. eine auf hysterischer Basis beruhende acute und schnell wieder vorübergehende Erkrankung des inneren Ohres annehmen zu müssen. Blau.

---

15) Die im Verlauf der Mumps auftretenden Erkrankungen des Ohres von D. B. St. John Roosa in New-York. (Zeitschr. für Ohrenheilk. XII. 4. S. 240.)

16) Ein Fall von partieller Labyrinthaffection nach Mumps von Prof. Dr. Moos in Heidelberg. (Berl. klin. Wochenschr. 1884. No. 3.)

Roosa theilt einige Beobachtungen mit, aus welchen hervorgeht, dass mitunter die im Gefolge von Mumps auftretende Schwerhörigkeit ihre Ursache in entzündlichen Affectionen des Mittelohres hat und dann der Behandlung sehr wohl zugänglich ist.

Moos berichtet über folgenden Fall. Ein 13jähriger Knabe, der schon von früherher beiderseits eine Sklerose der Paukenhöhlenschleimhaut und ausserdem links eine Atrophie des Labyrinths hatte, bekam eine doppelseitige Parotitis und zeigte gleich im Beginne dieses Leidens eine bedeutende Zunahme seiner Schwerhörigkeit. Nach 4—5 Tagen hatte sich eine vollkommene und unheilbare Taubheit

ausgebildet. Die nähere Untersuchung ergab übrigens, dass hier nicht das ganze innere Ohr in gleicher Weise ergriffen war: der Utriculus z. B. war gar nicht afficirt, wie daraus hervorging, dass das Ticken der Uhr durch die Kopfknochen gehört wurde; ferner wurden auf dem gleichen Wege noch die tieferen Stimmgabeltöne vernommen, dagegen hohe nicht mehr, ein Beweis, dass die in der Nähe des runden Fensters befindlichen Nervenfasern der Schnecke durch den Druck des Exudates oder schon in Folge von Atrophie ausser Function gesetzt waren, während die Fasern in den höher gelegenen Schneckenwindungen, wenigstens in der Knochenleitung, noch functionirten. — Ferner referirt Moos über eine Beobachtung von Lemoine und Lannois, wo bei einem 23 Jahre alten Soldaten schon 4 Tage vor dem Auftreten der Parotitis sich Ohrensausen und heftige Schmerzen im ganzen Kopfe, besonders aber in der Tiefe der Ohren einstellten und zugleich eine bedeutende Schwerhörigkeit erschien, die im weiteren Verlaufe bis zur völligen Vernichtung des Gehörs auf beiden Seiten zunahm. Schwindel, Taumeln oder Uebelkeit wurde nicht bemerkt. — Diese Fälle scheinen darauf hinzuweisen, dass man die bei Mumps vorkommenden Labyrinthleiden nicht, wie es auch Moos früher gethan, als Metastasen auffassen darf, sondern dass sie vielmehr eine lokale Affection des infectiösen Prozesses darstellen.

Blau.

Psychiatrie.

17) **Pachyméningite simulant une paralysie générale; coloration ardoisée du cerveau etc.** par Mabille. (Annales méd.-psych. — Arch. cliniques 1884. Juillet p. 51.)

Der Krankheitsfall liefert einen Beitrag, wie schwer oft die klinische Unterscheidung der allgemeinen Paralyse von dem Bild der Pachymeningitis sein kann. Die betreffende Kranke — Alter und nähere persönliche Verhältnisse sind nicht angegeben — wurde unter der Diagnose der Paralyse aufgenommen, für welche psychische und ausgesprochene körperliche Symptome sprachen: Gang war unsicher und zitternd, die Sprache behindert, die Zunge zitterte; die Muskelkraft war abgeschwächt, die Vorstellungen verlangsamt, dazu bestand Grössenwahn, Pupillenungleichheit, Gedächtnissschwäche. — Im Verlauf der Krankheit trat vorübergehend melancholische Verstimmung und rechtsseitige Hemiplegie auf; Tod erfolgte marantisch unter Auftreten von Decubitus am Kreuzbein. Bei der Section fand sich die Dura mater rechts aus einer Reihe von dicken älteren Schichten zusammengesetzt; links bestand ein mandelgrosses Hämatoma, welches zwischen zwei jüngern Pseudomembranen, welche aber bereits organisirt waren, ergossen war; Rückenmark wurde nicht eröffnet. Ferner fand sich die Schieferverfärbung der Hirnrinde, auf welche Baillarger in demselben Hefte der Annalen aufmerksam macht. Im Uebrigen keinerlei Zeichen von paralytischer Erkrankung des Hirns.

Jehn.

---

18) **Démence simple d'origine syphilitique probable** par Bigot. (Annales méd.-psych. — Arch. cliniques. 1884. Juillet p. 59.)

Der Krankheitsfall betrifft einen 37jährigen Mann, welcher vor einigen Jahren an einer syphilitischen Affection gelitten hatte. Das psychische Leiden zeigte sich als einfache Demenz, ohne jede Andeutung paralytischer Erkrankung. Erst nach einem Jahre trat rasche doppelseitige Oculomotoriuslähmung auf, die den Gedanken an einen syphilitischen Tumor nahe legte, jedoch vorüberging. — Tod durch Marasmus und ohne Zeichen allgemeiner paralytischer Erkrankung.

Die Section ergab keinen Tumor, sondern nur basale Leptomeningitis; keine Adhärenz der Hirnrinde an den weichen Häuten.

Verf. hält an der syphilitischen Grundlage des Leidens fest, trotzdem auch die mikroskopische Untersuchung keine spezifische Gewebserkrankung im Gehirn feststellen konnte. Jehn.

---

19) **Note sur un cas de Mélancolie anxieuse** par le Dr. J. Seglas. (Arch. de Neurol. 1884. Nr. 22.)

Eine 38jährige Frau, erblich belastet, erkrankte an Melancholie, welche nach einigen Monaten in Heilung überging, nach 10 Jahren wird sie wiederum zu jeder Arbeit unlustig und geht mit dem Gedanken um, sich und ihr Kind zu tödten, um sich vor dem Elende des Lebens zu retten. Auf Grund von Hallucinationen entwickelt sich ein Wahnsystem, von dessen Realität Pat. vollkommen überzeugt ist, es prädominiren Verdammniss-, Unsterblichkeits- und hypochondrische Ideen. Es besteht eine unregelmässig vertheilte Anästhesie, von der besonders die linke Seite bevorzugt ist, zugleich ist hier der Tastsinn alterirt; andrerseits finden sich wieder an gewissen Partieen des Körpers auffallende Hyperästhesien und vasomotorische Störungen.

Man kann bei der Diagnose nur schwanken zwischen chronischem Delirium und Melancholie mit Angstzuständen; verschiedene im Original näher nachzulesende differential-diagnostische Momente bestimmen den Verf. dazu, diesen Fall, sowie die von Cotard mit dem Namen des délire des négations (Arch. de Neurol. Sept. 1882) bezeichneten, unter die Melancholie mit Angstzuständen zu rubriciren. Joseph.

---

20) **Jumping, Latah, Myriachit** per G. Gilles de la Tourette. (Arch. de Neurol. 1884. Nr. 22.)

Drei Synonyma für eine Erscheinung, die dadurch charakterisirt ist, dass bei sonst ganz gesund erscheinenden Individuen sich eine ausserordentliche Erregbarkeit entwickelt, in Folge deren die Person bei der geringsten Veranlassung einen Sprung thut (jumping), mit lauter Stimme den soeben gegebenen Befehl wiederholt und ihn unverzüglich ausführt. Was in den Vereinigten Staaten von Beard zuerst als Jumping beschrieben wurde, findet sich bei den Malayen häufig als Latah, in Sibirien als Myriachit bezeichnet und ist wohl identisch mit den in Deutschland als Schlaftrunkenheit beschriebenen Erscheinungen.

Verf. weiss zu berichten, dass in der nächsten Zeit aus Charcot's Klinik mehrere hierhin gehörige Beobachtungen veröffentlicht werden sollen. Joseph.

---

21) **Incurabilité et guérisons tardives en aliénation mentale** par le Dr. E. Marandon de Montyel. (Arch. de Neurol. 1884. Nr. 22.)

Die Verschiedenheit der Meinungen, welche in der Académie de Médecine zwischen Blanche und Luys bei Gelegenheit der Ehescheidungsdebatte zum Ausbruche kam, hat die Frage nach dem Werthe der späten Heilungen und der Prognose der Unheilbarkeit primärer Geisteskrankheiten in den Vordergrund gerückt. Verf. theilt 4 Fälle primärer Irreseinszustände mit, in denen noch nach 7- bis 12jährigem Aufenthalte in der Anstalt dauernde Heilung erfolgte, und kommt darnach zu dem Schlusse, dass bei dem heutigen Stande der Wissenschaft weder die Prädisposition, noch das Krankheitsdelirium, noch die Dauer der Erkrankung dem Arzte genügende Kriterien dafür bieten, eine Erklärung über die Unheilbarkeit dieser Krankheitszustände abzugeben, zumal es sich um eine Sache von so weittragender Bedeutung wie die Ehescheidung handelt. Joseph.

---

22) **Insanity and cardiac disease** by Dr. Kiernan. (Americ. Journ. of Neurolog. and Psychiatr. 1884. May p. 32.)

Zusammenstellung der neueren Ansichten über den gegenseitigen Zusammenhang zwischen Psychosen und Herzfehlern. Als allgemeines Resultat lässt sich angeben, dass Herzfehler, die zu Psychosen hinzutreten, häufig eine melancholische Verstimmung hervorrufen und sich in gelegentlichen Angstanfällen Luft machen. Verf. theilt noch einen selbst beobachteten Fall mit, in welchem nach einem Gelenkrheumatismus, als die Temperatur schon bis auf 37.2 gesunken war, plötzlich Symptome von Endocarditis und gleichzeitig ein ängstliches Delirium mit Vergiftungs- und anderen Verfolgungswahnvorstellungen ausbrachen; Patient war freilich Potator und die Auffassung des Deliriums als Abstinenzerscheinung dürfte daher nicht ganz unberechtigt sein.

Sommer.

---

23) **Communicated insanity** by Dr. Montgomery. (American Journ. of Neurology and Psychiatry, 1884. Mai p. 17.)

Verf. giebt ein Referat über die neueren Arbeiten, welche die sogen. „Folie à deux" oder das inducirte Irresein behandeln. Er beschreibt alsdann einige Fälle, die er selbst zu beobachten Gelegenheit gehabt hat. Immer hatten die beiden Individuen, die gleichzeitig Gegenstand der psychiatrischen Untersuchung geworden waren, lange Zeit unter denselben Verhältnissen und in engem gegenseitigen Verkehr gelebt, und immer war der „active Theil", der seine eigenen Wahnvorstellungen auf den „passiven Theil" übertragen hatte, von jeher dem Letzteren gegenüber beherrschend aufgetreten, während bei diesem immer eine bedeutende geistige Schwäche und Gefügigkeit zu erkennen gewesen war. Die Macht der gewohnten „Domination" auf der einen und die der „Imitation" auf der anderen Seite sei daher immer eine Vorbedingung für die Entstehung der Folie à deux. Bemerkenswerth sei noch, dass in einigen Fällen der Schwachsinn des passiven Patienten ein erst kürzlich erworbener gewesen sei, sich z. B. erst in Folge von Paralysis progressiva entwickelt habe.

Zum Schluss erwähnt Verf. noch die Möglichkeit, dass die Motive zu manchen Verbrechen und besonders zu politischen oder religiösen Complotten auf inducirten Wahnvorstellungen beruhen könnten, die von einem geisteskranken Schwärmer auf wenig widerstandsfähige Schwachsinnige übertragen worden wären. Sommer.

---

24) **Observations on Cannabis indica and syphilis as causes of mental alienation in Turkey, Asia minor and Marocco** by John H. Davidson. (Journ. of ment. science. 1883. Jan.)

Verf. giebt in diesem Aufsatze, dem andere folgen sollen, hauptsächlich eine Beschreibung der Gewinnung und Gebrauchsweise des Haschisch. Es sei daraus hervorgehoben, dass mit Haschisch nur in Syrien und Egypten das Hanfpräparat bezeichnet wird. In der Türkei heisst dasselbe Esvar, während man mit Haschisch dort den Papaver somniferum bezeichnete. In Marocco heisst Haschisch „Rif(-Ruhe)". Meist wird es mit Tabak vermischt geraucht, ferner auch als süsse Pasta (Madjun) gegessen, oder um den rapidesten Effect zu erzielen pulverisirt in Wasser getrunken. Das beste Haschisch besteht aus den pulverisirten Blättern der wohlgepflegten Cannabis indica, eine weit geringere Sorte wird aus den Rippen und Stengeln gewonnen. Das beliebteste „Esvar" in der Türkei wird in Syrupform unter Zusatz von aromatischen und besonders geschlechtlich erregenden Substanzen genommen, letztere besonders, um den Träumen einen erotischen Charakter zu geben. Smidt.

Therapie.

25) **The rational treatment of chorea** by Dr. J. van Bibber. (American Journ. of Neurology and Psychiatry. 1884. May p. 41 ff.)

Auf Grund von 86 Fällen von Chorea in jeder Intensität, die er in den letzten Jahren erfolgreich behandelt hat, empfiehlt Verf. sehr lebhaft Isolirung, dauernde Bettlage und regelmässige passive Gymnastik. Er lässt den Patienten in einem ruhigen matterleuchteten Einzelzimmer im Bett liegen; ein Wärter ist stets in der Nähe, um jede convulsive Bewegung durch Massage der betreffenden Extremitäten zu beschwichtigen und ausserdem hat er dreimal am Tage den Patienten mit passiver Gymnastik zu behandeln. Immer wird hierdurch der Appetit gehoben und meistens auch Schlaf erzeugt; gelegentlich darf indess ein Hypnoticum gegeben werden, wenn sonst keine Nachtruhe zu erzielen ist. Die verminderte Intensität der choreatischen Bewegungen soll schon nach den ersten Tagen dieser Behandlung sehr auffällig sein, und die gewöhnliche Dauer der Krankheit soll ausserordentlich abgekürzt werden.

Sommer.

---

26) **On escapes, liberty, happiness and „unlocked doors" as they affect patients in asylums** by J. A. Campbell. (Journ. of ment. science. 1884. Juli.)

Eine zum Theil scharfe Polemik gegen das sog. Opendoor-System, die in den berechtigten Schluss ausläuft, dass die Thatsachen, sowie die Erfolge noch nicht soweit klargelegt sind, um dieses System mit Recht als Fortschritt zu bezeichnen.

A. Pick.

---

27) **The curability of locomotor ataxia and the simulations of posterior spinal sclerosis** by C. H. Hughes. (The Alienist and Neurologirt. 1884. p. 520.)

Verf. bestätigt den verderblichen Einfluss, den frühere Lues auf die Entstehung von Sklerosen im Hirn und Rückenmark ausübt, und hält die luetische Tabes für wesentlich günstiger als die idiopathische oder die hereditäre Form derselben.

Was nun die Heilbarkeit der Tabes betrifft, so erinnert er mit Recht an die Schwierigkeit der Diagnose: es sind ja einzelne Fälle bekannt geworden, in denen intra vitam zweifellose Symptome, die auf graue Degeneration der Hinterstränge bezogen werden, bestanden hatten und in denen die Section doch keinen Aufschluss gab. Aus seiner gewöhnlichen Erfahrung theilt Verf. nun mit, dass er mehrere Fälle mit völligem Verlust des Kniephaenomens, mit charakteristisch atactischem Gange, mit Blitzschmerzen, Anaesthesie der Unterextremitäten und mit Paraesthesien der Fusssohlen, sowie mit dem charakteristischen Schwanken bei geschlossenen Augen, hat heilen sehen. Andererseits hat er in keinem Falle in dem neben den gewöhnlichen Tabessymptomen Bulbärerscheinungen, bes. halbseitige Zungenatrophie, oder laryngopharyngeale oder gastrische Krisen oder auch nur Pupillarsymptome vorhanden waren, eine Heilung, nur sehr selten eine Remission beobachtet.

Sommer.

---

28) **An Inquiry into the value to be attached to the different recovery rates of different asylums as tests of efficiency** by T. A. Chapman. (Journ. of ment. science. 1884. Juli.)

Ch. untersucht die verschiedenen Ziffern der Heilresultate bezüglich ihrer Beweiskraft für die Wirksamkeit der Anstalten und kommt zu dem Schlusse, dass die rohen $^0/_0$Zahlen keine Beweiskraft nach dieser Richtung haben, dass die Wahrscheinlichkeit gegen die grössere Wirksamkeit grosser Anstalten spricht, und dass, wenn keine absolute Gleichförmigkeit der Resultate mit Rücksicht auf die verschiedenen Krankenklassen erzielt wird, die Resultate dieser Gleichförmigkeit viel näher stehen, als die gewöhnlichen Heilungsprocente annehmen lassen.

A. Pick.

Forensische Psychiatrie.

29) **Zwei Fälle von vieljähriger Verkennung geistiger Krankheit (Verfolgungsquerulantenirrsinn) bei Sträflingen.** Von v. Krafft-Ebing. (Jahrb. f. Psych. V. S. 242.)

Zwei interessante, ausführlich mitgetheilte Fälle, bezüglich welcher, da die zur Beurtheilung derselben wichtigen Details einem kurzen Referate nicht zugänglich sind, auf das Original verwiesen werden muss. A. Pick.

---

30) **Gerichtsärztliches Gutachten; Originärer Schwachsinn, Betrug, Unzurechnungsfähigkeit.** Von J. Fritsch. (Jahrb. f. Psych. V. S. 264.)

Sehr interessanter Fall von auf abnormer Schädel- und Gehirnbildung basirtem Schwachsinn, der in ausführlicher Weise dargelegt wird. (Ref. der mit dem Falle gleichfalls amtlich befasst ist, kann noch hinzufügen, dass auch die Mutter des Kranken entschieden psychisch abnorm ist.) A. Pick.

---

31) **Délire d'obsession** par les Drs. Lentz et Schrevens de Tournai, Belgique. (Bulletin de la société de méd. mentale de Belgique. 1884. II.)

Ein 73jähriger, geachteter Mann, der seit längerer Zeit in Aufregung versetzt war durch gerichtliche Streitigkeiten mit Nachbarn, schrieb einem derselben eines Tages einen anonymen Drohbrief, in welchem gewissen Personen der Tod geschworen wurde, und in welchem ausserdem der Schreiber sich als Anstifter eines vor Jahren stattgehabten Brandes bekannte.

Der Schreiber wurde leicht ermittelt, denn er hatte weder seine Handschrift verstellt, noch unterlassen, seine gewöhnliche blasse Tinte zu gebrauchen; er hatte auf einem Blatt Papier geschrieben, welches aus einem mit numerirten Seiten versehenen Buche herausgerissen war, das er ruhig auf seinem Tische liegen liess; er hatte ferner den aus Lille datirten Brief in Tournai, wo er verkehrte, selbst auf die Post gegeben etc., kurz er hatte auch die allergewöhnlichste Vorsicht ausser Acht gelassen.

Er wurde vor Gericht gestellt. Die Verff. als Sachverständige erklärten ihn für unzurechnungsfähig, und zwar aus folgenden Gründen:

Die Umstände der That an sich waren, wie oben angedeutet, höchst auffällige.

Dazu ermittelten die Verff. aus dem Vorleben des Exploranden, dass er in der ersten Zeit seiner Ehe viel an heftigen Kopfschmerzen und an einem melancholischen Zustande, später häufig an Nasenbluten und Schwindelanfällen gelitten hat. Stets grosse Erregbarkeit und plötzliche Zornausbrüche. Tags sowohl wie Nachts springt Expl. bisweilen auf und gesticulirt wie sinnlos in der Luft herum. Er giebt an, dass ihm oft ein Schwall von Gedanken — wie ein Wind — durch den Kopf ginge, ganz ohne sein Zuthun, und ohne dass er es hindern kann.

In der Zeit vor dem Schreiben des Drohbriefes war Expl. unruhig und erregt, Tag und Nacht mit den Gegenständen seiner gerichtlichen Streitigkeiten beschäftigt; er schlief schlecht, hatte keinen Appetit, kam körperlich herunter, äusserte Lebensüberdruss, war auffallend eifrig im Abhalten religiöser Andachten u. dgl., beschäftigte sich aber gleichzeitig viel mit Glaubenszweifeln und theologischen Grübeleien. Den Brief, giebt er an, habe er schreiben müssen, es habe ihn ein zwingender Drang dazu getrieben.

Hierzu kommt nun eine schwere erbliche Anlage: bei dem Vater bestand Dementia senilis; ein Bruder geistesschwach; ein anderer an einer Gehirnkrankheit gestorben; eine Schwester hochgradig hysterisch. Ein Sohn des Expl. ist geistes-

krank in einer Anstalt; ein anderer Sohn und eine Tochter sind neuropathisch, von bizarrem Charakter.

Aus allen diesen Momenten — zu denen erschwerend noch die durch das hohe Alter bedingte relative geistige Schwäche kommt — entwickeln die Verff. in eingehender Weise das Bestehen eines pathologischen Geisteszustandes zur Zeit der That; und zwar diagnosticiren sie, in engem Anschluss an Maschka's Handbuch der gerichtlichen Medicin, eine hereditäre intellectuelle und moralische Degeneration, ausgezeichnet durch Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen. Hadlich.

III. Aus den Gesellschaften.

Société de Biologie, Paris. Sitzung den 3. Mai 1884.

F. Franck hat durch Experimente gefunden, dass das irido-dilatatorische Centrum und das acceleratorische Herzcentrum im Bulbus, sowie im unteren Hals- und oberen Dorsaltheile des Rückenmarks räumlich zusammenfallen; das obere Halsmark hat mit beiden Centren nichts zu thun. F. glaubt diesen Fund für die Erklärung des Morbus Basedowii verwerthen zu können.

Sitzung den 24. Mai.

Quinquaud hat die **Beschaffenheit des Blutes nach Rückenmarksdurchschneidung** studirt, anknüpfend an Cl. Bernard's Entdeckung, dass das Blut der Venen eines Muskels, dessen Nerv durchschnitten worden ist, arterielle Beschaffenheit bekommt. Q. fand, dass das Venenblut der Extremitäten (der Musculatur) arteriell wird, dagegen das Lebervenenblut auffallend reich an Kohlensäure.

In Folge dieser zwiefachen Wirkung ist das Blut des rechten Ventrikels bald arterieller als gewöhnlich, bald ungewöhnlich reich an Kohlensäure.

Blot hat nach Versuchen an sich selbst (er excitirte seine Haut an verschiedenen, vom Centrum verschieden entfernten, Stellen und signalisirte den Eintritt der Empfindung immer in derselben Weise mit der Hand) die **Leitungsgeschwindigkeit in den sensiblen Nerven** auf 141 m in der Secunde bestimmt.

Laborde und Dastre äussern Bedenken in Betreff der Exactheit der Methode.

Sitzung den 7. Juni.

Vignal behauptet auf Grund seiner Studien über die Entwickelung der grauen Substanz des Rückenmarks, 1) dass er im Bereich der grauen Substanz und ihrer Nachbarschaft niemals Zeichen von Zellentheilung gesehen habe, dass demnach die Zellen der grauen Substanz auf andere Weise sich reproduciren müssten; 2) dass, entgegen Boll's Meinung, welcher 2 Arten von Bildungszellen, je für die nervösen und für die Neuroglia-Bestandtheile annimmt, nur eine Art Bildungszellen existirt; erst später differenziren sie sich.

Laborde hat an dem Körper eines Hingerichteten (Campi) experimentirt und constatirt, dass $1^1/_2$ Stunden nach der Enthauptung weder der periphere Theil des Rückenmarks, noch der Bulbus noch erregbar war; Contractionen der Gallenblase (Faltungen) konnten noch ausgelöst werden, aber am Ductus chobdochus waren sie zweifelhaft: allerdings reagirten zu derselben Zeit auch die glatten Muskeln des Darms nur noch sehr schlecht. Hadlich.

Medico-chirurgical Society zu Glasgow. Sitzung vom 15. Febr. 1884.

Dr. Macewen stellte einen Knaben vor, der in Folge von Caries eines Wirbelkörpers seit langer Zeit an motorischer Paraplegie, seit etwa 9 Monaten auch an

rapid sich entwickelt habender Anästhesie und Sphincterenparalyse gelitten hatte. Die Muskeln der unteren Extremitäten waren dabei so rigid, dass wenn sie passiv bewegt worden waren, nachher mit einem Ruck in ihre frühere Lage zurückkehrten. Die Sehnenreflexe waren etwas gesteigert; Patient selbst war in hohem Grade elend. Da die Symptome immer ungünstiger geworden waren, hatte sich der Vortragende zu einem operativen Eingriff entschlossen, um die Entzündungsproducte, die das Rückenmark comprimiren sollten, zu entfernen. Zu diesem Behufe hatte er auf der Höhe des Gibbus, der etwa vom 4. bis zum 8. Dorsalwirbel reichte, eine Trepankrone aufgesetzt und durch Entfernung der betreffenden Knochenstücke dem Rückenmark Gelegenheit gegeben, nach hinten dem von den Wirbelkörpern her stammenden Drucke auszuweichen. Die Heilung gelang und auch das Resultat der Operation, das von Augenzeugen bestätigt werden konnte, war ausserordentlich. Bei der Demonstration des Knaben war von der motorischen und sensiblen Lähmung nichts mehr zu constatiren; er ging frei und ohne jede Schwierigkeit, und hatte sich körperlich völlig erholt.

In der lebhaften Discussion wurde hervorgehoben, dass zwar spontane Heilungen ähnlicher Fälle nicht allzu selten vorkämen, dass aber unter verzweifelten Verhältnissen mit Rücksicht auf diese geglückte Operation ein analoger Eingriff versucht werden dürfte. Sommer.

Société médic. des hôpitaux, Paris. Sitzung des 9. Mai 1884.

Joffroy spricht **„Du rôle de la compression dans la production de la paralysie radiale“** und tritt für die Ansicht von Panas ein, welcher in der Aetiologie der Radialis-Lähmung die vulgäre „Erkältung“ resp. den „Rheumatismus“ beseitigen und die Compression an deren Stelle setzen will, wie sie besonders beim Schlafen auf dem rechten Arm zu Stande kommt. J. glaubt die Richtigkeit der Panas'schen Ansicht selbst an einigen bei Duchenne (de Boulogne) und bei Duchemin als Erkältungslähmungen mitgetheilten Fällen nachweisen zu können, weil dort angeführt wird, dass die betreffenden Personen unmittelbar vor Eintritt der Lähmung geschlafen hatten. Die Gleichmässigkeit der Symptome, der befallenen Muskeln, weise auf einen Druck an einer bestimmten Stelle des Nerven, — am unteren Theile des Oberarms — hin. — J. führt sodann einen von ihm beobachteten Fall an, in welchem ein Mann, der eine schwere Last auf dem Rücken trug und dabei unter Kreuzung der Arme mit den Fingern seine Oberarme umspannt hielt, eine linksseitige Radialis-Lähmung (nach J. durch den Druck der rechten Hand) sich zugezogen hatte.

Dies sei auch wahrscheinlich der Mechanismus, durch welchen es gleichzeitig, wenn auch nur in seltenen Fällen, zu einer Lähmung des M. triceps brachii kommt.

In der Discussion acceptirt zwar Féréol die Auseinandersetzungen Joffroy's, will sie aber nicht ganz verallgemeinern, denn er kann sich persönlich einer Beobachtung erinnern, wo sicher kein Druck, nur Kälte-Einwirkung vorlag.

Ebenso äussert sich Gallard, der ausserdem auf die so häufige rheumatische Facialis-Lähmung hinweist. — Gerade letztere will aber J. nicht als Gegenbeweis gelten lassen, denn grade bei dieser sei ein Druck auf den Facialis innerhalb des knöchernen Kanals, durch rheumatische oder entzündliche Anschwellung, annehmbar. — Bucquoy und Cuffer führen Fälle an, in welchen kein Druck, nur Erkältung nachzuweisen war.

Sitzung den 27. Juni 1884.

Du Castel hat 3 zur Section gekommene Fälle von circumscripter „Tuberculose des Lobus paracentralis“ beobachtet. In 2 derselben ging kurze Zeit

vor dem Tode an Lungenschwindsucht eine progressive Lähmung des rechten Beines vorher. Im dritten Falle trat plötzlich ein heftiger Schmerz im rechten Fusse auf, der nach 10 Minuten verschwand, aber nach 3 Tagen wieder erschien und nun anhielt und von Muskelzuckungen gefolgt war, die nach und nach das ganze Bein ergriffen. Tod am 40. Tage. Hadlich.

IV. Bibliographie.

Experimentelle Untersuchungen über die Bedingungen der Thätigkeit des Gehirns und über die Physiologie der Nerven von Prof. Beaunis in Nancy (Paris 1884).

Vorliegendes Werk umfasst 3 Abhandlungen, welche, so verschieden sie auch auf den ersten Blick erscheinen mögen, sich nahe berühren und die Physiologie des Gehirns betreffen. Die ersten beiden Untersuchungen, welche 1882 und 1883 in der Revue médicale de l'Est bereits mitgetheilt sind, betreffen 1) den Einfluss der Gehirnthätigkeit auf die Urinsecretion und besonders auf die Ausscheidung der Phosphorsäure; 2) die Zeit der Reaction der Geruchsempfindungen. Der dritte Theil enthält Untersuchungen über die Formen der Muskelcontraction und über die Hemmungserscheinungen. Müssen wir es uns auch versagen, auf die näheren Details weiter einzugehen, da in diesem kurzen Rahmen der Besprechung es doch nicht möglich wäre, alle Resultate genauer zu präcisiren, so ist doch immerhin erwähnenswerth, dass Verf. einen Theil der in der ersten Abhandlung mitgetheilten Versuche an sich selbst ausgeführt hat. Dem Werke selbst sind 19 Curven-Tafeln beigefügt.

B. Baginsky.

Zur progressiven Muskelatrophie.

Mit Bezug auf meine Reclamation in Nr. 16. S. 375 d. Bl. habe ich nachzutragen, dass, wie der jetzt erschienene Originalbericht zeigt, Herrn Schultze's Kritik sich auf meinen in Westphal's Archiv veröffentlichten Fall von progressiver Muskelatrophie bezieht; der andere in der Prager Med. Wochenschr. 1877, Nr. 37, veröffentlichte Befund war ihm offenbar entgangen. A. Pick.

V. Vermischtes.

Turgenjeff's Gehirn. Während bisher gewöhnlich angenommen wurde, das grösste mit Sicherheit constatirte Hirngewicht sei bei Cuvier's Section beobachtet worden, hat sich jetzt herausgestellt, dass das Gehirn Turgenjeff's noch wesentlich schwerer gewesen ist. Cuvier's Hirn, übrigens mit hydrocephalen Residuen auch am Schädel, wog 1861,2 Gramm; das des berühmten Schriftstellers aber nicht weniger als 2120 Gramm. Sommer.

Fürsorge für entlassene Irre. Mit der Irrenanstalt zu Mailand ist seit 8 Jahren ein Verein verbunden, der die pecuniäre Unterstützung früherer Insassen der Anstalt im Auge hat, und wie alle ähnlichen Einrichtungen von grossem Segen für die reconvalescenten Armen ist. Der Mailänder Verein besitzt bereits ein Kapital von 137562 Francs und verfügt daher über bedeutende Mittel. Im letzten Jahre wurde er indess nur um 2580 Francs beansprucht. — Leider giebt es auch in Deutschland noch zahlreiche Anstalten, die eines derartigen Fonds gänzlich entbehren. Sommer.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Prof. Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Professor Dr. E. Mendel

zu Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 1. October. No. 19.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** Zur gynaekologischen Behandlung der Hysterie von **Flechsig.**

II. Referate. Experimentelle Physiologie. 1. Ueber elektrische Geruchsempfindung von **Aronsohn.** 2. Ny automatisk strömbrytare för variabel rytm af **Blix.** 3. On the sensorial localisations in the cortex cerebri by **Luciani.** — Pathologische Anatomie. 4. Sur le crâne remarquable d'une idiote de 21 ans par **Albrecht.** 5. De la coloration ardoisée du cerveau dans la paralysie générale et de ses rapports avec les eschares du sacrum par **Baillarger.** 6. Zur pathol. Histologie der Hirnrinde der Irren von **Liebman.** — Pathologie des Nervensystems. 7. Case of occipital encephalocele in which a correct diagnosis was obtained by means of the induced current by **Horsley.** 8. Notes on a case of pure apoplectic bulbar paralysis by **Mann.** 9. Ueber Rückenmarksblutung nach Nervendehnung nebst einem Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tabes dorsalis von **Rumpf.** 10. A case of spinal hemianaesthesia and hemiparaplegia after fracture of dorsal vertebra by **Taylor.** 11. Paraplégie douloureuse aiguë par **Dumolard.** 12. Contribution à l'étude des troubles intestinaux dans l'ataxie locomotrice progressive par **Roger.** 13. Hémichorée pleurétique par **Weill.** 14. Bijdrage tot de Kennis van het beven door **Talma.** 15. Herpes zoster bilateralis af **Stabell.** 16. On alcoholic paralysis by **Dreschfeld.** — Psychiatrie. 17. Jets over hallucinatie door **Wijsman.** 18. Des difficultés, que présente le diagnostic de la paralysie générale par **Christian.**

III. Aus den Gesellschaften.

IV. Vermischtes.

I. Originalmittheilungen.

Zur gynaekologischen Behandlung der Hysterie.

(Aus der Universitäts-Irrenklinik zu Leipzig.)

Von Professor **Paul Flechsig.**

1) Hysteria magna mit intensiven psychischen Störungen. — Castration.[1] — Vollständige Heilung.

[1] Sämmtliche in der Folge erwähnte Operationen sind von Herrn Privatdocent Dr. M. Sänger hier in Vorschlag gebracht und ausgeführt worden, dem somit der wesentlichste Antheil an den erzielten Resultaten zukommt.

2) Psychose mit hysterischen Zügen. — Fibroma uteri. — Amputatio uteri supravaginalis. — Guter Erfolg.

3) Hystero-Epilepsie. — Stenose des Orificium externum uteri. — Blutige Dilatation. — Heilung.

Ad 1) Hysteria magna. — Castration.

A. L. 32 Jahre alt, unverheirathet, ist hereditär belastet, da Vater und Mutter an Gehirnleiden starben (Apoplexia cerebri — Dementia paralytica?). Im 19. Jahre Ausbleiben der Menses auf die Dauer von etwa einem Jahr; dabei sehr reizbares, aufgeregtes Wesen; in der Folge die Menstruation meist unregelmässig, stets Neigung zu Obstipation vorhanden. Im 24. Jahre „Brustkrämpfe", welche einige Monate währen. Vom 28. Jahre an, wo die Mutter stirbt, fast ununterbrochen nervöse Beschwerden und psychische Anomalien: Zuerst starker anhaltender Depressionszustand, vieles Sprechen im Schlafe — gleichzeitig örtliche Beschwerden (besonders Schmerzen) seitens der inneren Sexualorgane, weshalb sie jetzt öfter ärztliche Hülfe sucht. Sie fasst hierbei eine Neigung zu dem sie behandelnden jungen Arzte, die indess ohne ernstliche Erwiderung bleibt; in der Folge wird sie in auffälliger Weise zärtlich gegen ihre männlichen Anverwandten, ohne jedoch die Grenzen des Anstandes zu überschreiten. Etwa im 29. Lebensjahre treten grosse hysterische Krampfanfälle auf (s. u.), welche mit kurzen Unterbrechungen bis zu ihrer Aufnahme in die Klinik wiederkehren. Sie wird deshalb in einer von Diaconissinnen geleiteten Krankenanstalt untergebracht, ohne dort irgend welche Besserung zu finden. Sie kehrt darnach (8 Monate vor Aufnahme in die Klinik) zu ihren Verwandten zurück und consultirt hier wieder mehrere zum Theil hervorragende Gynaekologen, indess ohne Erfolg. Einer der letzteren constatirt ein beträchtliches fluctuirendes parametritisches Exsudat (Seite nicht angegeben). Häufiger und häufiger treten jetzt neben den allgemeinen auch localisirte Krämpfe auf, insbesondere Trismus, Singultus, Globus, ferner Lach- und Weinkrämpfe, Erbrechen, Tympanites, Retentio urinae mit schmerzhaftem Harndrang, hochgradige Schmerzen in der Unterbauchgegend, besonders zur Zeit der Menstruation sich zu unerträglicher Höhe steigernd, Kopfschmerzen, ab und zu Hemianästhesie links (so dass sie einmal glaubt, Arm und Bein verloren zu haben), desgleichen Gefühl von Schwere mit „lähmungsartiger Schwäche" in den linksseitigen Extremitäten Aphasie, einmal Blutungen aus Nase und Ohren. In den letzten Jahren vor dem Eintritt in die Klinik nehmen die psychischen Anomalien an Intensität, Mannigfaltigkeit und Dauer zu. Sie verdächtigt die männlichen Personen ihrer Umgebung (Aerzte, Verwandte etc.), unzüchtige Handlungen mit ihr vorgenommen, bezw. solche versucht zu haben, äussert auch andere Verfolgungsideen; ist meist deprimirt, hat Angstzustände, will sterben, will sich das Leben nehmen, macht auch einen Versuch, aber ohne Energie; später gesellen sich hierzu religiöse Ideen, sie spricht viel von Jesus, der sie von ihrer Krankheit heilen wird. Zeitweise ist sie heftig aufgeregt, schreit und singt laut, so dass die Hausbewohner ihre Entfernung fordern. Diese Aufregungszustände beruhen zum Theil auf Hallucinationen: Sie sieht wilde Thiere um sich, Menschen mit Messern auf sich loskommen, hört Wasser rauschen, spricht auch von einem ‚Löwen', der vor ihrer Thür liege und sie schütze; das Bewusstsein erscheint hierbei wesentlich beeinträchtigt. Zuweilen begeht sie sinnlose Handlungen, schneidet sich z. B. die Haare ab und freut sich dann „ihrer Schwester das Opfer gebracht zu haben, das sie habe bringen müssen". Die geistige Energie und die Fähigkeit zu nützlicher Beschäftigung nehmen mehr und mehr ab. Sie arbeitet schliesslich überhaupt nichts mehr (einmal verlässt sie in aller Frühe das Bett, betheiligt sich energisch an allen häuslichen Arbeiten, auf Grund einer Hallucination, bezw. eines Traumbildes; sie will eine weisse Gestalt auf ihrem Bett haben sitzen sehen, welche ihr zurief, sie sei jetzt gesund — allein die Arbeitslust hält nur wenige Stunden an). Das Gedächtniss

der Kranken wird schwächer, insbesondere das für die Jüngstvergangenheit, sie erscheint urtheilsschwach, der Inhalt ihrer Reden ist meist ein geist- und sinnloses Gefasel. Wegen Zunahme der intercurrenten Erregungszustände mit Schreien, Singen etc. wird sie am 3. April 1883 der Irrenklinik zugeführt.

Status praesens: Mittelgrosse Person von mittlerem Ernährungszustand. Abgesehen von den Sexualorganen (s. u.) sind sämmtliche innere Organe gesund bis auf die Lungen, welche erweitert erscheinen (links das Herz bedeckend, rechts bis zum 7. Intercostalraum reichend). Linke Unterbauchgegend gegen Druck hochgradig empfindlich, Percussionsschall über dem ganzen mässig aufgetriebenen Unterleib tympanitisch. — Der linke Mundwinkel steht tiefer als der rechte, linke Backe schlaffer als rechte; Zunge deviirt nach links; linke Schulter hängt etwas tiefer, der linke Arm etwas paretisch. Beide Füsse beim Liegen in Plantarflexion ohne Contracturen. Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten hochgradig gesteigert; bei leichtem Klopfen auf eine Patellarsehne entsteht lebhaftes stossweisses Zittern in beiden unteren Extremitäten, bei stärkerem Klopfen treten auch Zuckungen in den Armen und allgemeiner Tremor auf. Hautsensibilität ohne auffällige Störungen; nur die Schmerzempfindlichkeit ist links etwas grösser als rechts. Im Augenhintergrund rechts Staphyloma posticum von der Grösse dreier Papillen, sonst normale Verhältnisse. — Psychisch tritt nur ein leichter Grad von Schwachsinn hervor, indem Pat. beim Gespräch leicht abschweift und allerhand nebensächliche Dinge mit kindischem Lächeln in langsamer schwerfälliger Sprache erzählt.

Am folgenden Tage spricht sie viel von sexuellen Attentaten, die auf sie gemacht worden sein sollen; von Christus, der sie von ihrer Krankheit erlösen wird u. dgl. — Am 3. Tage gegen Abend Anfall von $^3/_4$ Stunde Dauer. Sie stürzt plötzlich zu Boden, beide Arme sind wagerecht ausgestreckt (Crucifixstellung) und lassen sich selbst mit Anwendung grosser Gewalt nicht beugen, Trismus, Augen geöffnet und scheinbar die umstehenden Personen fixirend, Conjunctival- und Irisreflexe erhalten. Darnach werden beide Arme in pronirter Stellung mit gegeneinandergekehrten Handrücken horizontal nach vorn gestreckt, der Kopf wird nach hinten gezogen und längere Zeit in dieser Lage festgehalten. Während einer halben Stunde wechseln die tetanischen Contractionen der Kau-, Nacken- und Extremitäten-Muskeln mit Zitterkrämpfen in denselben Muskelgebieten, welche regelmässig auftreten, sobald eine Patellarsehne geklopft wird. Hierbei fällt besonders auf, dass regelmässig bei Klopfen der linken Patellarsehne Zuckungen des rechten Pectoralis major eintreten. Puls während des ganzen Anfalls nicht erheblich beschleunigt, meist ca. 84; Respiration ca. 24. Schmerzempfindlichkeit herabgesetzt, nicht völlig erloschen. Nach Aufhören der Krämpfe beginnt Pat. in affectirtem Ton und in gebrochenem Deutsch mit ihrer Umgebung zu sprechen. „Ich nichts Böses habe gethan, ich Sie kennen, Sie ganz anders aussehen“ u. dergl. mehr. Danach wieder Krämpfe nur im Gebiete des Kopfes: starkes Verziehen des rechten Mundwinkels nach aussen, krampfhaftes Oeffnen des Mundes mit weit herabhängendem Unterkiefer, welcher stets wieder mit grosser Gewalt in diese Lage zurückschnellt, sobald er passiv gegen den Oberkiefer erhoben wird, schliesslich heftige tonische und klonische Krämpfe der Masseteren und nach einigen Minuten Schlaf, welcher die ganze Nacht hindurch währt. Erwachen mit dem Gefühl grosser Erschöpfung und hochgradigen Kopfschmerzen — angeblich Amnesie für die meisten Vorkommnisse während des Anfalles. — Gleiche, bez. ähnliche Anfälle wiederholen sich in der Folge öfter in kürzeren und längeren Pausen. Die krampfhaften Zustände wechseln hierbei insofern, als mitunter nur die Gesichts- und Kaumuskeln in der oben beschriebenen Weise sich betheiligen. Dazwischen treten wiederholt Anfälle auf, wobei Pat. sehr blass wird, sehr kleinen beschleunigten Puls zeigt, über heftige Leibschmerzen klagt und sich schreiend hin und her wälzt; zuweilen wird sie hierbei ohnmächtig (niemals aber vor der Operation asphyktisch s. u.).

In psychischer Hinsicht bietet die Kranke während des ersten Monats in der Klinik einen permanenten an Intensität wechselnden Depressionszustand dar, weint sehr viel, hat Todesahnungen, Angstzustände mit Praecordialdruck und ist dabei meist renitent. Anfang Mai schlägt die Stimmung in das Gegentheil um; es tritt zuerst ein Anfall von Lachkrampf auf, einige Tage später ein ausgeprägt maniakalischer Zustand — mit Wohlbehagen Singen, hochgradigem Bewegungstrieb, Ausgelassenheit, Ideenflucht, erotischem Wesen, — welcher mit kurzen Remissionen einige Wochen anhält. Von Mitte Mai bis Mitte Juni ist die Stimmung meist indifferent, es treten besonders zahlreiche Anfälle von Leibschmerz mit Ohnmacht (s. o.) auf. Von Mitte Juni an tritt meist eine zornige Stimmung hervor; Pat. ist grob, schimpft auf die Aerzte, behauptet von denselben verleumdet, geschmäht und misshandelt zu werden (Hallucinationen?). Stundenweise, insbesondere Nachts, schreit sie laut; sie ruft ihren Geliebten, recitirt Bibel- und Gesangbuchsverse, verlangt zu sterben u. dgl. m. und muss deshalb wiederholt isolirt werden. Dazwischen taumelt sie tageweise wie betrunken mit stierem Blick und eigenthümlich veränderten (groben) Gesichtszügen umher, ist völlig verwirrt und äussert zusammenhangslose unverständliche Worte. Von Ende Juni an tritt wieder ein etwas normaleres Verhalten auf; doch spricht sie noch anhaltend gleichgültiges kindisches Zeug, so dass sie permanent heiser ist. Dies währt bis zum Tage der Operation.

Von sonstigen nervösen Störungen werden in der Klinik noch beobachtet: Singultus, Erbrechen, Anfälle von Frostgefühl mit kühlen blassen Extremitäten, Schmerzen im Hinterhaupt, angeblich Doppeltsehen (mit einem und zwar dem linken Auge), schmerzhafter Harndrang mit Retentio urinae (oft auch bei fast leerer Blase), häufige Obstipation.

Die bimanuelle Untersuchung der (virginalen) Sexualorgane lässt einen derben narbigen Strang in der Gegend des linken Ligamentum latum erkennen; das linke Ovarium erscheint etwas nach unten, der Uterus nach links dislocirt; Uterus und Ovarien im Uebrigen ohne palpable Besonderheiten.

Die Menstruation trat während des Aufenthaltes in der Klinik unregelmässig auf (am 11.—14. April, 26.—29. Mai, 29. Juni — 4. Juli) und war stets von heftigen Leibschmerzen begleitet. Vor dem Eintritt der Blutung zeigen sich gewöhnlich die oben geschilderten hysterischen Anfälle (bald diese, bald jene Form) in grösserer Häufigkeit; doch sind diese Anfälle ebenso wie die Exacerbationen der Leibschmerzen keineswegs an die Menstruation gebunden, sondern treten auch völlig unabhängig davon hervor.

Im Hinblick auf die Thatsache, dass Pat. früher an einem grossen parametritischen Exsudat behandelt worden war, sowie auf den Palpationsbefund wird folgende Diagnose gestellt: Chronische Parametritis mit Ausgang in narbige Schrumpfung; secundäre Zerrung des linken Ovariums, vielleicht auch des Uterus und des rechten Ligamentum latum. (Pat. giebt selbst wiederholt an, sie fühle, dass in ihrem Unterleib sich ein querverlaufendes Band befinde, welches wie eine Gummischnur gedehnt werde und wieder zusammenschnurre.)

Es warf sich im Anschluss hieran zunächst die Frage auf, ob die Erkrankung der Sexualorgane als Ausgangspunkt der nervösen Anomalien betrachtet werden müsse. Für einen Theil der letzteren war dies unzweifelhaft der Fall: für die örtlichen Beschwerden, insbesondere die hochgradigen Schmerzen, die Störungen der Harnentleerung u. s. w. Der Beginn zahlreicher Anfälle mit schmerzhaften Empfindungen in der Unterbauchgegend, das Auftreten einer Hemiparese und Hemianästhesie auf der Seite der grössten Schmerzhaftigkeit

machten es aber zum mindesten wahrscheinlich, dass auch die Hirnsymptome wenigstens zum Theil mit dem Unterleibsleiden zusammenhingen. Der Therapie fiel hiernach von vornherein eine doppelte Aufgabe zu: Beseitigung der im Unterleib gelegenen pathologischen Reizquelle, Herabsetzung der gesteigerten Erregbarkeit des centralen bez. des gesammten Nervensystems; letzterer Indication konnte aber nach den vorliegenden Erfahrungen (milde Kaltwassercur, prolongirte laue Bäder, Morphium, Kältebehandlung der Wirbelsäule nach Chapman, allgemeine Faradisation, Bromkali, Antihysterica etc. waren ohne jeden nachhaltigen Erfolg angewandt worden) ohne Zweifel erst genügt werden, sobald es gelungen war, die erstere zu erfüllen. Auch die hierauf gerichteten, zum Theil von hervorragenden Gynaekologen angestellten Versuche waren nun bisher ohne wesentlichen Erfolg geblieben; wenn es auch gelungen war, das parametritische Exsudat grösstentheils zur Resorption zu bringen, so waren doch die Schmerzparoxysmen etc. unverändert geblieben. Dem gegenüber mussten neue Maassnahmen getroffen werden. Hier fragte es sich nun: Was ist die eigentliche Ursache der Schmerzen? Dass sie ausschliesslich von den Ovarien ausgingen, war keineswegs mit Sicherheit anzunehmen, da ja „Ovarie" zweifellos auch von anderen Theilen der inneren Sexualorgane abhängen kann. Indess musste den Ovarien doch ein gewisser Antheil zuerkannt werden, da die Schmerzparoxysmen besonders regelmässig einige Zeit vor dem Eintritt der Menses sich zeigten. Es schien deshalb die Erwartung gerechtfertigt, dass durch Exstirpation der Ovarien zunächst die praemenstruellen Exacerbationen der Schmerzen beseitigt werden könnten, eventuell auch ein etwa von einer Zerrung des linken Ovariums abhängiger Theil derselben. Wurde die Sexualaffection nicht beseitigt, so war die Kranke muthmaasslich einem unheilbaren Siechthum verfallen, das jeden Lebensgenuss unmöglich machte. Auf Grund dieser Erwägungen wurde am 10. Juli zur Castration geschritten.

Es wird zuerst das rechte Ovarium entfernt (Abbindung durch eine Durchstich-Doppelligatur; dahinter eine Massenligatur aus Seide, Verschorfung des Stumpfes durch den Thermocautor, Einreibung von Jodoform); beim Hervorziehen platzt ein grosser Graaf'scher Follikel bez. eine Follikelcyste. In gleicher Weise wird das linke Ovarium entfernt, welches wegen Kürze und Straffheit des Ligamentum ileo-pelvicum und Lig. ileo-ovaricum schwerer hervorzuziehen ist. Beim Hervorziehen des linken Ovariums treten bei der tief narcotisirten Patientin tiefe krampfhafte Inspirationen auf, wie sie so häufig hysterische Anfälle einleiten; beim Hervorziehen des rechten kurz vorübergehende Puls- und Respirationslosigkeit. Die Bauchwunde wird durch 3 Plattennähte von Silber, 3 tiefe Symperitonealnähte und 10 oberflächliche Hautnähte verschlossen. Jodoform-Puderung, ein sehr fester Verband (Jodoformgaze, Salicylwatte), um eventuell Abreissen zu verhindern. Die Ovarien sind auffallend klein, haben eine derbe Albuginea — das linke weist keinen frischen gelben Körper auf, enthält aber auf Oberfläche und Durchschnitt sichtbar mindestens 16 bis erbsengrosse Cystchen mit klarem gelben Inhalt; das rechte Ovarium enthält einen ziemlich reifen Graaf'schen Follikel und ist im übrigen ähnlich dem linken

beschaffen. Es besteht demnach Atrophie und folliculäre Degeneration beider Ovarien, besonders des linken.

Die Heilung der Operationswunde verlief sehr günstig; die Temperatur stieg nur einmal auf 38,2 in der Axelhöhle; am 12. Tage wurde der Verband entfernt, es zeigte sich eine lineare Narbe. Die Kranke erhielt eine elastische Leibbinde und verliess gegen Ende der 2. Woche zum ersten Mal auf kurze Zeit das Bett.

Was nun den Zustand des Nervensystems nach der Operation anlangt, so verhielt sich Pat. in den ersten 4 Tagen völlig normal — sie war ruhiger zufriedener Stimmung, klagte keinerlei Schmerzen, die Lähmungserscheinungen waren völlig verschwunden. Noch niemals seit ihrem Eintritt in die Klinik hatte Pat. so lange ein so normales Verhalten dargeboten. Gegen Ende der 1. Woche begannen indess wieder krankhafte Erscheinungen hervorzutreten.

Pat. klagt über heftige Leibschmerzen, „welche ganz anders sind als früher", über schmerzhaften Harndrang mit Retentio urinae. Als Ursache ergiebt sich eine mässige Cystitis. Gleichzeitig geht am 5. und 6. Tage in spärlicher Menge Blut aus der Vagina ab. Gegen Abend treten wiederholt stundenweise Delirien auf: sie spricht bei etwas umnebeltem Bewusstsein von Pferdchen, Feuer u. a. m., die sie zu sehen vermeint (vielleicht Gesichtshallucinationen). Dabei verhält sie sich äusserlich ruhig. Vom Anfang der 3. Woche an treten collapsartige Zustände auf mit Trübung des Bewusstseins, hochgradiger körperlicher Schwäche, beschleunigtem (bis 140 Schläge) kleinem Puls, oberflächlicher Respiration, ab und zu mit Temperatursteigerungen bis 38,5 in der Axelhöhle. Dieselben schliessen sich meist an Schmerzen in der Blasengegend an, von denen Patient immer behauptet, dass sie einen anderen Charakter haben als die Schmerzen vor der Operation. Zuweilen gehen diese Schmerzen auch mit grösserer äusserer Unruhe einher, wobei Patientin jammert, gereizt ist, viel umherläuft, mehr spricht als gewöhnlich, ohne gerade den Eindruck geistiger Störung zu erwecken. Alle diese Anfälle pausiren oft wochenlang und dauern meist nur eine bis wenige Stunden. In der Zwischenzeit erscheint sie fast normal, ist geistig weit regsamer als früher, in zufriedener Stimmung u. s. w. Dies währt bis Anfang October, also ca. 11 Wochen nach der Operation; in dieser ganzen Zeit werden weder Krampfanfälle noch Lähmungserscheinungen wahrgenommen. — Am 1. October treten wieder intensivere nervöse Störungen hervor. Im Anschluss an heftige Schmerzen in der rechten Ovarialgegend, welche gegen Druck hochgradig empfindlich ist, tritt ein hochgradiger Schwächezustand ein mit Parese des linken unteren Facialis. Nach Entfernung zweier Klumpen geronnenen Blutes aus der Vagina hören die Schmerzen auf und die Facialis-Parese verschwindet. Einige Tage darauf erneute heftige Schmerzen in der linken Unterbauchgegend, Praecordialangst, Gefühl von Schwere und lähmungsartige Schwäche in der linken oberen Extremität und Aphasie, wobei Pat. alles zu ihr Gesprochene versteht und durch Gesten beantwortet. Am 20. October tiefer, 15 Minuten währender Collaps mit vollständig aufgehobener Respiration, kleinem kaum

fühlbarem Puls, Aufhebung aller der äusseren Untersuchung zugänglichen Reflexe — wiederum im Anschluss an heftige Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend. In diesen Tagen auch Gefühl von Pelzigsein und Schwere im rechten Bein, welches am 24. Octbr. verschwindet. Darnach nie wieder motorische Störungen, während die Leibschmerzen Pausen bis zum 5. December noch mehrmals in immer grösser werdenden Zwischenräumen wiederholen. Auch die collapsartigen Zustände kehren bis auf einen leichten Schwächezustand am 24. November, nicht wieder. Hingegen treten vom 18. October an wieder transitorische geistige Anomalien hervor. Die Stimmung der Pat. ist wechselnd; stundenlang ist sie ausgelassen, singt, gesticulirt und spricht sehr viel, springt umher u. s. w. ohne jeden äusseren Grund; zu anderen Zeiten ist sie deprimirt, äussert Selbstmordideen, ist renitent, grob u. s. w. Dazwischen erscheinen indess immer längere Perioden annähernd normalen Verhaltens.

Je einmal im October, November und December bietet sie kurz vorübergehend Erregungszustände dar, welche sich an Intensität den vor der Operation beobachteten nähern. Sie schreit laut, ruft ununterbrochen den Geliebten, singt Gesangbuchsverse, betet, schimpft u. dgl. m. Während die zwei ersten Anfälle dieser Art durch Chloroform beseitigt werden, schlagen bei dem dritten, am 6. December, alle Beruhigungsversuche (kalte Douche, Chloroform, Bromäthyl etc.) fehl; sie wird in Folge dessen isolirt und zwar, da sie Selbstmord droht, völlig entkleidet und nur mit unzerreissbaren Decken versehen. Am andern Tag ist sie völlig beruhigt, sie erinnert sich vollkommen der Vorkommnisse vor der Isolirung und giebt als Ursache ihres Benehmens an, dass es ihr Vergnügen gemacht habe, ihre Umgebung zu quälen. Es treten in der Folge nie wieder irgend welche den früheren ähnliche oder neue nervöse Störungen hervor. Sie beschäftigt sich eifrig, ist in zufriedener ruhiger Stimmung und verlässt Ende Dec. 1883 die Klinik in völlig normalem Zustande. Die auf Verlangen regelmässig von ihr erstatteten Berichte, in denen sie wiederholt hervorhebt, dass sie sich „wie neu geboren" fühle, ergeben, dass sich bis jetzt (2. Hälfte September 1884) nie wieder hysterische Erscheinungen gezeigt haben. Bei einer persönlichen Vorstellung im Juli 1884 machte sie nach allen Richtungen hin, besonders aber auch bezüglich ihrer geistigen Energie, Urtheilsfähigkeit u. s. w. einen durchaus normalen Eindruck.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

Experimentelle Physiologie.

1) **Ueber elektrische Geruchsempfindung** von Cand. med. Ed. Aronsohn. (Verhandl. der physiol. Gesellschaft zu Berlin. 1883—84. Nr. 15 u. 16. S. 46—50.)

Den seit Entdeckung des Galvanismus vielfach vergeblich unternommenen Versuch, den Olfactorius galvanisch zu reizen, hat Verf. an sich selbst mittelst einer neuen im Original nachzulesenden Versuchsanordnung (Einführung einer eichelförmigen

Nasenelektrode in die mit 38° warmer 0,73 procentiger NaCl-Lösung gefüllte Nase) unter Leitung des Referenten mit dem günstigen Erfolge wiederholt, dass es gelang, ein der Acusticusformel analoges Zuckungsgesetz des Olfactorius zu formuliren.

Zur Vermeidung der störenden galvanischen Geschmacksempfindungen wurde die zweite (indifferente) breite Elektrode, anstatt wie anfänglich am Nacken, später an der Stirn applicirt, während die schwachen Ströme (vgl. unten) von dem Apparate des Referenten (vgl. Real-Encyklopaedie. IV. Bd. S. 404) zugeleitet, durch den Elementenzähler und Rheostaten abgestuft und mittelst des zuerst vom Referenten (vgl. dieses Centralblatt 1884. S. 67) empfohlenen Hirschmann'schen absoluten Galvanometers gemessen wurden.

Die durchaus specifische mit keinem anderen auch nicht mit dem Phosphorgeruch übereinstimmende elektrische Geruchsempfindung tritt nur bei Stromschwankungen auf nach folgenden Gesetzen: 1) Kathodengeruch entsteht nur bei Schliessung der Kette, nicht bei Oeffnung. 2) Anodengeruch entsteht nur bei Oeffnung, nicht bei Schliessung; er ist bei schwachen Strömen nur momentan und fällt bei starken Strömen langsam ab. 3) Der Anodenöffnungsgeruch ist um so stärker, je länger der Strom geschlossen war. 4) Die Anodenreaction ist ceteris paribus schwächer als die Kathodenreaction. 5) Anodeneröffnungsgeruch wird durch Anodenschliessung sofort zum Verschwinden gebracht. 6) Sowohl die KS- als die AnO-Reaction wächst mit der Stärke des Stromes. 7) Zur Erregung einer Geruchsempfindung reichen schon Stromstärken von 0,1—0,2 Milliampère aus und zwar erfordert das Minimum des AOG etwa 0,1 MA mehr als das Minimum des KSG. 8) In gleichem Sinne wie bei Kathodenapplication Schliessung des Stromes wirkt Verstärkung desselben, und im gleichen Sinne wie Oeffnung des Stromes wirkt plötzliche Abschwächung, wenn die Anode sich in der Nase befindet. 9) Noch wirksamer als einfache Kathodenschliessungen sind Volta'sche Alternativen auf die Kathode.

Die Versuche gelangen auch mit unpolarisirbarer Anordnung.

Erwähnenswerth sind ferner noch Geruchsnachempfindungen und die Wirkungslosigkeit inducirter Ströme. E. Remak.

---

2) Ny automatisk strömbrytare för variabel rytm af Magnus Blix. (Upsala läkareförenings förh. 1884. XIX. 6. S. 421.)

Zunächst zu Zwecken der Zeitmesung hat B. den folgenden Apparat construirt, der automatisch Unterbrechung des Stroms in beliebig veränderbarem Rhythmus bewirkt. Der Apparat besteht aus zwei Haupttheilen: einem Paar Elektromagneten mit Anker und antagonistischer Feder und einem um eine vertikale Axe oscillirenden Rade die einzelnen Theile sind auf einer isolirenden horizontalen Ebonitscheibe befestigt. Die Drähte der Elektromagneten stehen einerseits durch eine Contaktschraube mit einer galvanischen Batterie, andererseits durch die Pfeiler, welche die Axe des Ankers tragen, mit diesem in leitender Verbindung. Zur Sicherung der Leitung steht auch ein dritter Pfeiler in Verbindung mit denselben Drähten; an diesem Pfeifer ist eine Spiralfeder aus Platina befestigt, welche zu dem Hebelarm des Ankers geht, um diesen aufzuheben, wenn der Magnetismus aufhört, den Anker gegen die Pole der Elektromagneten herabzuzuziehen. Die Excursionen des Ankers werden durch eine Stellscheibe begrenzt, die sich am oberen Ende des dritten Pfeilers befindet. An der einen Seite der Ankeraxe sitzt auf ihrer Verlängerung ein kleiner herabhängender Arm, der an eine vom zweiten Theile des Apparats in die Höhe gehende Feder stösst und diese in gewissem Maase spannt; die einander berührenden Flächen des Armes und der Feder sind aus Platina. Durch diese Feder hindurch, wird der Strom in eine Messingscheibe geleitet, welche die Grundfläche des zweiten Theiles des Apparats bildet, und von da aus durch einen elektrischen Signalapparat zum anderen Pole der Batterie. — Jedesmal, wenn der Contact zwischen dem an der

Ankeraxe angebrachten Arme und der von der Messingscheibe ausgehenden Feder gelöst wird, wird der Batteriestrom unterbrochen und der Signalapparat giebt ein Zeichen. Die Unterbrechung wird durch ein um eine vertikale Axe sich drehendes Schwungrad bewirkt, das dem Unruherad einer Uhr sehr ähnlich ist, dessen Bewegungen aber nicht durch eine Feder regulirt werden; es liegt in einem Zapfenlager von Rubin und bewegt sich so frictionslos wie möglich; seine Excursionen werden an der einen Seite von der mit der Verlängerung der Ankeraxe in Contact stehenden Feder, an der anderen durch eine um dieselbe Axe wie das Schwungrad drehbare Vorrichtung begrenzt, die durch eine Schraube stellbar ist, die Einstellung kann man an einer auf der Messingscheibe darunter angebrachten Skala ablesen. — Giebt man nun dem Schwungrade einen Stoss, so geräth es innerhalb der beiden angegebenen Grenzpunkte in oscillirende Bewegung, der Anstoss an den Hemmungen wird durch eine an dem Schwungrade angebrachte Feder gemildert, die zugleich durch ihre Elasticität dem Schwungrade nach der Umwendung lebendige Kraft mittheilt. Die Schnelligkeit der Oscillation hängt zum Theil von dem Anstosse, zum Theil von der Excursionsamplitute ab. Der Impuls zu den Oscillationen kommt von dem Elektromagneten und der mit der Verlängerung der Ankeraxe in Contact stehenden Feder. Wenn der Strom geschlossen und der Anker herabgezogen ist, schiebt der Arm die Feder etwas zurück und sie spannt sich; kommt nun die Feder an dem Schwungrad mit ihr in Berührung, so wird der Contact gelöst, der Strom unterbrochen, der Anker gehoben, die Spiralfeder und der Arm bewegen sich etwas vorwärts. Die Feder am Rad hemmt aber die Bewegung des letzteren in der früheren Richtung, zwingt es schliesslich umzukehren, und beschleunigt diese Bewegung bis die andere Hemmung getroffen wird, dann wendet sich die Bewegung wieder, bis abermals durch Berührung zwischen der Feder und dem Arme an der Ankeraxe der Strom geschlossen ist und das frühere Spiel von Neuem beginnt; von der Stellung der Vorrichtung, welche die Umkehr des Schwungrades nach dem Anker zu bewirkt, hängt der Rhythmus ab, in welchem die Oscillationen vor sich gehen. B. hat von 1 bis 159 Signale in der Secunde damit erhalten. Walter Berger.

---

3) **On the sensorial localisations in the cortex cerebri** by L. Luciani. (Brain. 1884. July p. 145—160.)

Nachdem der Verfasser die Methode beschrieben, nach welcher er die sensorischen Functionen bei Thieren prüft, theilt er die Resultate mit, zu denen er bei seinen am Hund und Affen angestellten experimentellen Versuchen über den Sitz der Sinnescentren in der Hirnrinde gelangt ist. Dieselben weichen in vielen Punkten von der Munk'schen Lehre ab.

Sehcentrum: Sehstörungen werden nicht nur durch Exstirpationen im Bereich des Occipitallappens, sondern auch durch solche des Temporal-, Parietal- und Frontallappens, sowie durch Zerstörung des Cornu ammonis herbeigeführt; aber nur die Läsionen des Occipital- und Parietallappens haben dauernde Störung zur Folge, hier ist der Sitz des Centrums, das durch seine Verknüpfung mit anderen Centren auch durch Exstirpationen in anderen Regionen vorübergehend beeinträchtigt wird. Verletzungen von geringer Ausdehnung führen nur in der Occipito-Parietalregion zu Sehstörungen. Die Exstirpation eines Occipitallappens macht bitalerale homonyme Hemiopie, es steht demnach zwar jeder Hinterhauptslappen mit dem äusseren Segment der entsprechenden und dem innern der gekreuzten Retina in Verbindung — aber es findet keine Projection der Retinalhälften auf bestimmte Segmente der Sehsphäre statt, was aus folgenden Thatsachen hervorgeht: Bilaterale homonyme Hemiopie wird auch durch ausgedehnte Zerstörung eines Parietal- oder Temporallappens erzeugt, ferner machen bilaterale partielle Läsionen des Occipitallappens nicht partielle, sondern diffuse Sehstörungen. Es treten demnach der gekreuzte wie der nichtgekreuzte

Antheil der Opticusfasern in Verbindung mit allen Partien der Occipito-Parietalregion. Auf Grund der Erfahrung, dass auch die ausgedehntesten bilateralen Exstirpationen im Bereich der Occipito-Parietalgegenden nicht zu dauernder Blindheit führen, sondern dass an die Stelle derselben nur eine dauernde Seelenblindheit tritt, ist Verf. der Ansicht, dass die Rinde nicht der Ort der Sinneswahrnehmungen ist, sondern dass die im Mittelhirn (in den Corp. quadrig.) gewonnenen Gesichtsbilder in der Rinde nur psychisch verarbeitet werden.

Hörcentrum: Dasselbe beschränkt sich nicht auf den Schläfenlappen, sondern greift über auf den Scheitel- und Stirnlappen, den Gyrus hippocampi und auf das Cornu ammonis. Jedes Ohr steht mit beiden Hörcentren in Verbindung: einseitige Zerstörung des Hörcentrums macht beiderseitige Gehörsstörung, die jedoch stärker ist auf dem Ohr der gekreuzten Seite. Diese Verhältnisse weisen darauf hin, dass auch der Acusticus eine partielle Kreuzung erfährt, dass das gekreuzte Bündel stärker ist, etc. Die dauernde Störung nach Totalexstirpation ist Seelentaubheit.

Riechcentrum: Decortication des Gyrus hippocampi sowohl als Zerstörung des Cornu ammonis machen Geruchsstörungen; hier scheint der Sitz des Geruchscentrum zu sein.

Auch für den Olfactorius ist eine partielle Kreuzung anzunehmen, nur dass das nichtgekreuzte Bündel hier das stärkere zu sein scheint.

Geschmackscentrum: Ueber den Sitz desselben konnte nichts Definitives ermittelt werden, doch scheint es in naher Beziehung zum Riechcentrum zu stehen.

Gefühlssphäre: Bei Läsionen im Bereich der motorischen Zone treten ausser Lähmung auch immer Sensibilitätsstörungen hervor. In der motorischen Region ist auch das Centrum für die tactilen Empfindungen der gegenüberliegenden Körperhälfte enthalten. Es lassen sich aber nicht bestimmte Gebiete abgrenzen für die Sensibilität der einzelnen Körpertheile. Jedenfalls greift die Fühlsphäre nicht auf Occipital- und Temporallappen über.

Wenn nun nach den Erfahrungen des Verf. allen Sinnesorganen ein eigenes Centrum in der Rinde zukommt, so findet sich doch ein gemeinsames Territorium, wo alle Centren zusammentreffen, das ist der Lobus parietalis. So lehrte auch das Experiment, dass Exstirpation dieses Lappens zwar wesentlich Sehstörungen hervorruft, aber auch das Hör- und Riechvermögen und die tactile Sensibilität beeinträchtigt. Oppenheim.

Pathologische Anatomie.

4) Sur le crâne remarquable d'une idiote de 21 ans par le Prof. P. Albrecht, Bruxelles. (Sep.-Abd.)

Verf. giebt auf 58 Seiten eine sehr ausführliche Beschreibung eines ihm vom Director Ideler (Dalldorf) überlassenen mikrocephalen Schädels, über welchen dieser bereits 1876 eine kurze Mittheilung im Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrkh. Bd. VI gegeben hatte. — Da ein kurzes Referat nicht möglich ist, so kann hier nur auf diese Albrecht'sche Arbeit hingewiesen werden. Hadlich.

---

5) De la coloration ardoisée du cerveau dans la paralysie générale et de ses rapports avec les eschares du sacrum par Baillarger. (Annales méd.-psych. 1884. Juillet.)

Verf. macht von Neuem auf eine bei Paralytischen, besonders häufige Verfärbung der Hirnrinde in Schiefer- oder grünlicher Färbung aufmerksam, deren er schon 1857 in derselben Zeitschrift bezüglich ihres Zusammenhangs mit Decubitusbildung am Kreuzbeine Erwähnung gethan hatte.

Das Charakteristische dieser Veränderung besteht darin, dass allein die Hirnrinde betroffen wird und gegen die weisse Substanz stets ein plötzlicher Uebergang stattfindet; die veränderten Hirnwindungen sind meist weicher, als ihre Umgebung, können aber ihren Zusammenhang bewahrt haben. In den verfärbten Stellen sind die kleinen Gefässe schwarz und erscheinen wie Haarschafte.

Die Schieferfärbung der Hirnrinde tritt meist an der Basis des Hirns und am Kleinhirn auf. Sie ist besonders stark ausgeprägt innerhalb der Sylvischen Spalte. Baillarger sah die Verfärbung aber auch an beiden Hemisphären völlig symmetrisch dieselben Windungen betreffen. Die krankhafte Veränderung kann plötzlich sich gegen das gesunde Gewebe absetzen, aber auch allmählichen Uebergang zeigen. Auch die graue Substanz der Centralganglien wird betroffen, diejenige des Grosshirns jedoch im Ganzen häufiger als die des Kleinhirns.

Die von der Verfärbung betroffenen Stellen brauchen keineswegs durch den Geruch wahrnehmbare Fäulnisserscheinungen aufzuweisen. In der Hälfte der Fälle ist ein fötider Geruch indess vorhanden.

Die mikroskopische Untersuchung der schieferblaugefärbten Theile ergab absolut keine Pigmentsubstanzen, aus denen die Farbe erklärt werden konnte. Es scheint die Aenderung also mit der Schwarzfärbung der Gefässe zusammenzuhängen, in deren Umgebung übrigens eine Menge Eiterkörperchen gefunden wurden (Calmeil).

Die weichen Häute brauchen nicht sonderlich verändert zu sein; sie sind aber zuweilen verdickt und zeigen eitrige Einlagerungen, welche unter Umständen die Hirnwindungen völlig umgeben können. Man fand die letztere Erscheinung häufiger an der Basis und innerhalb der Sylvi'schen Spalte, als über den Hemisphären. Baillarger sah in der Pia mater mehrfach Gasblasen; die Serummenge braucht nicht vergrössert zu sein, ist aber unter Umständen excessiv vermehrt, trübflockig und übelriechend. —

Die Häute des Rückenmarks sind häufiger als die des Gehirns mit einer ganz ähnlichen eiterartigen Masse bedeckt, wie solche oben beschrieben ist. Diese findet sich besonders an der hinteren Fläche des Rückenmarks. Auch das im Sack der Rückenmarkshäute enthaltene Serum kann dieselben Erscheinungen, wie das Hirnserum zeigen. Besonders in der unteren Partie findet sich eine putride Flüssigkeit bei Braunfärbung der weichen Häute.

Baillarger kommt am Schluss des mit 10 Beobachtungen und einer sehr instructiven Kupfertafel ausgestatteten Aufsatzes zu dem Ergebniss, dass die Schieferfärbung des Gehirns einmal in Zusammenhang mit Meningitis cerebrospinalis und Infiltration der weichen Häute mit zersetztem Eiter vorkommt, welche durch Imbibition der darunter liegenden Hirnrinde die Verfärbung erklären würde, dass aber auch die in Frage stehende Verfärbung ohne gleichzeitige Meningitis vorkomme. — Für den letzteren Fall bleibt nur anzunehmen, dass die purulenten Stoffe durch die Circulation zum Hirn transportirt wurden und ihrerseits durch Erregung einer secundären Entzündung die gleichen Erscheinungen putrider Infection hervorriefen.

Die Thatsache, dass die Schieferverfärbung der Hirnrinde bei keiner anderen Krankheitsform so häufig vorkomme, als bei der allgemeinen Paralyse, welche wie kein anderes Leiden zum Auftreten von Gangränbildung besonders am Kreuzbein neigt, lässt Baillarger annehmen, dass der Zusammenhang zwischen den beiden Affectionen ein mechanischer sei.

Die tiefgreifende Zerstörung, welche fast regelmässig das Os sacrum blosslegt, führt zu einer theilweisen Zerstörung des Ligamentum sacro-coccygeum und gestattet den Eintritt putrider Massen in den Spinalkanal.

Alles Weitere ergiebt sich dann von selbst. Baillarger bemerkt übrigens, dass in Fällen, der Art, wie eben angedeutet, auch einfache Meningitis spinalis und cerebrospinalis ohne Schieferfärbung vorkomme und beobachtet sei. Jehn.

6) **Zur pathol. Histologie der Hirnrinde der Irren** von Stud. med. V. Liebman. Aus Meynert's Laboratorium. (Jahrb. f. Psych. V. 3. S. 230.)

Mit Rücksicht auf die durch Nelkenöl verursachten Veränderungen der Schnitte machte L. immer Paralleluntersuchungen an in Glycerin eingeschlossenen Schnitten, die vorher behufs Befreiung von Cholestearinkrystallen in warmem Alkohol gebadet wurden; ferner wurde frische Rinde zerzupft und zerdrückt (! Ref.).

Bei der Paralyse fand L. als constantesten Befund die hyaline Degeneration der Nervenzellen, womit er unter Bezugnahme auf das Hyalin Recklinghausen's die früher Sklerose, colloide Degeneration genannte Veränderung bezeichnet. Dieser als erstes Stadium vorangehend findet sich eine trübe Schwellung der Nervenzellen, dieselben sind vergrössert, geschwollen, getrübt; der Kern ist vergrössert, abgerundet und zeigt zuweilen Zweitheilung. An dieses Stadium schliesst sich in seltenen Fällen ein allmählicher Zerfall in moleculären Detritus an, häufiger, ja constant ist die hyaline Degeneration. Bezüglich der Beschreibung der verschiedenen hier zustande kommenden Bilder der Nervenzellen muss auf das Original verwiesen werden.

In einem späteren Stadium wird das Hyalin nach L.'s Ansicht aus der Zelle fortgeschafft und findet sich zu unregelmässigen Gebilden vereinigt an verschiedenen Stellen der Rinde, färbt sich nur schwach mit den Färbemitteln und löst sich leicht in Nelkenöl. Die Zellen verschrumpfen, lassen jedoch noch immer den Kern erkennen.

Die Kernwucherungen an den Gefässen findet L. besonders in den ersten Stadien nicht häufig, dagegen constant und massenhaft die von ihm sogenannte hyaline Degeneration der Gefässe, die Befunde von mehr oder weniger reichlicher Anhäufung hyaliner Schollen in der Umgebung der Gefässe erklärt L. als hyalin degenerirte ausgewanderte weisse Blutkörperchen, später zerfällt auch dieses Hyalin zu staubförmigen Detritus. Die bekannten Cystenbildungen will L. aus solchen Befunden erklären. Ferner stellt er auch die Möglichkeit hin, dass die paralytischen Anfälle durch hyaline Thromben verursacht würden.

Auch die Neuroglia degenerire hyalin und zwar das Protoplasma der sogenannten Kerne, das sich dann gleichfalls zu verschieden geformten Gebilden sammelt, eine Vermehrung der Spinnenzellen konnte L. nicht constatiren. Die Dem. paral. ist für ihn eine diffuse Encephalitis der Rinde mit Ausgang in hyaline Degeneration.

In einem unter Erscheinungen schweren Hirndrucks verlaufenen Falle fand sich bei der Section eine partielle Hypertrophie des Gehirns, deren histologischer Befund (Details im Original), von L. als diffuse Entzündung mit hyaliner Degeneration bezeichnet wird.

In einem Falle von Epilepsie fand sich Sklerose des Ammonshorns, ausgedehnte fettige Degeneration der Gefässe (bei einem 18jährigen Mädchen), hyaline Thromben und hyaline Degeneration der Nervenzellen der Rinde und fleckweise auch des Markes, eine innige Verbindung von fettiger und hyaliner Degeneration fand sich auch in einem Falle mit schweren melancholischen Erscheinungen. A. Pick.

Pathologie des Nervensystems.

7) **Case of occipital encephalocele in which a correct diagnosis was obtained by means of the induced current** by V. Horsley. (Brain. 1884. July p. 228—244.)

In dem ausführlich mitgetheilten Falle handelt es sich um eine Encephalocele, die ihren Sitz in der Occipitalgegend hat. Im Occiput selbst befindet sich die Pforte, durch welche Hirntheile in den Sack des Tumors eintreten. Der 6 Wochen alte Träger der Hernie bietet als abnorme Erscheinungen: beiderseitige Ptosis und Beuge-

contractur der linken Oberextremität. Durch Druck auf den Inhalt der Geschwulst werden allgemeine Convulsionen erzeugt: Druck auf die rechte Seite des Stiels ruft Zuckungen in allen Muskeln, besonders aber in denen der linken Extremitäten hervor; es sind klonische und tonische Krämpfe, die nacheinander die Musculatur des Gesichts, dann die der oberen Extremitäten, des Rumpfes und schliesslich die der unteren Extremitäten ergreifen. Von grossem Interesse war der Nachweis, dass durch Application des Inductionsstromes auf den Tumor eine congugirte Deviation der Augen nach der gereizten Seite hin hervorgerufen werden konnte. Damit wurden die Corpora quadrigemina als Inhalt des Bruches angenommen. Die Autopsie bestätigte diese Vermuthung. Der Tod war durch Inanition erfolgt, nachdem verschiedene operative Eingriffe (Aspiration, Ligatur, Incision etc.) vorgenommen. Im Sacke fanden sich zwei ovoide Massen; die durch einen die Lücke im Occiput durchtretenden Stiel mit den Hinterhauptslappen in directem Zusammenhang stehen. Der obere Lappen wird für die enorm vergrösserte Glandula pinealis gehalten, den unteren bilden die Corpora quadrigemina. Der Verf. bespricht die Diagnostik derartiger Hirnbrüche und betont, dass sich zur Feststellung des in der Hernie enthaltenen Hirntheils die elektrische Reizung verwerthen lasse etc. Oppenheim.

---

8) **Notes on a case of pure apoplectic bulbar paralysis** by J. Dixon Mann. (Brain. 1884. July p. 244—250.)

Verf. beschreibt einen der seltenen Fälle von apoplektischer Bulbärparalyse, in denen die Extremitäten von der Lähmung nicht mitergriffen sind. Eine 42jährige Frau wird ohne vorgängige Hirnerscheinungen plötzlich von einer Sprachlähmung befallen, sie ist nicht bewusstlos, kann die Extremitäten gut gebrauchen und noch einen langen Weg zurücklegen. Die Zungenmusculatur ist völlig gelähmt. Seitwärtsbewegungen des Kiefers sind unmöglich, auch gelingt Oeffnen und Schliessen des Mundes nur mit Mühe. Der Orbicularis oris ist ganz gelähmt. Erhebliche Schlingbeschwerden. Die Levatores anguli oris und labii super., sowie die Zygomatici sind rechts völlig gelähmt, links paretisch, das obere Facialisgebiet ist frei; auch sind die übrigen Hirnnerven intact und es besteht keinerlei Bewegungsstörung in den Extremitäten. Schon nach 8 Tagen macht sich eine leichte Besserung bemerkbar, die allmählich weiter vorschreitet.

Verf. nimmt einen embolischen Vorgang an, der die Gegend der Kerne der Hypoglossi, Facialis und motor. Quintus betroffen hat. Oppenheim.

---

9) **Ueber Rückenmarksblutung nach Nervendehnung nebst einem Beitrag zur pathologischen Anatomie des Tabes dorsalis** von Th. Rumpf. (Arch. f. Psych. etc. 1884. Bd. XV. H. 2.)

Bei einem 58jährigen Manne, der die ausgeprägten Symptome einer typischen Tabes darbot, war am 14. October 1881 die doppelseitige Dehnung des N. ischiadicus vorgenommen worden, und zwar wurde, wie R. hervorhebt, weder besonders stark noch besonders lange gedehnt. Am folgenden Tage constatirte man Zunahme der Sensibilitätsstörungen, ununterbrochen auftretende klonische Krämpfe in der Musculatur der Beine und des Rückens, Lähmung der Blase und des Mastdarms. Ein intensiver Blasencatarrh mit Schüttelfrösten und schliesslich eine Pneumonie führten nach einigen Wochen den Tod herbei. Es fand sich innerhalb der Pia des Rückenmarkes in der Höhe des 8. Brustwirbels ein ca. 3 cm langer Bluterguss, in den Hintersträngen graue Degeneration. Ersterer ist zweifellos mit der Dehnung der Nerven in Zusammenhang zu bringen. —

Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarkes führte R. zu Ergebnissen, die mit den jetzt überwiegend angenommenen Anschauungen über die Natur des degenerativen Processes bei der Tabes als primäre und systematische Degeneration

der betreffenden Nervenelemente in directem Widerspruch stehen. R. fand nämlich — besonders an Längsschnitten aus den verschiedenen Partien des Rückenmarkes — eine exquisite Betheiligung des Gefässapparates der Hinterstränge und zwar nicht allein in den schon sklerosirten Abschnitten der letzteren, sondern auch in den von Faserdegeneration noch freien Theilen. Es bestand diese Veränderung in einer beträchtlichen Verdickung der Media und Adventitia und einer reichlichen, in das umgebende Bindegewebe sich fortsetzenden Kernvermehrung. Als Folge der entstehenden Raumverengerung fand R. die langen Fasern der Hinterstränge comprimirt, von ihrer Bahn abweichend: auch die Degeneration derselben fasst er als wahrscheinliche Folge dieser Compression auf. Diese Veränderungen waren auch in den Theilen vorhanden, in denen der sklerotische Process noch nicht begonnen hatte, in denen aber bei Fortschreiten der Erkrankung derselbe pathologisch-anatomische Process erwartet werden musste, wie in den andern Schichten.

Diese Befunde führen R. zu dem Schluss, dass der Ausgangspunkt der Erkrankung nicht sowohl im Parenchym, als in den Gefässen gesucht werden muss. Ein zum Vergleich untersuchtes Präparat von absteigender secundärer Degeneration nach Spinalläsion zeigte keine Spur von den betreffenden Gefässveränderungen.

R. zieht allerdings, während der Ausgangspunkt der degenerativen Veränderung der Hinterstränge vom Gefässapparat in seinem Falle für ihn feststeht, keine weittragenden Schlüsse auf andere Fälle, hält vielmehr eine Verschiedenheit des Processes in Beziehung auf den Ausgangspunkt für möglich.

Die neuerdings von Lissauer bei der Tabes beschriebene Verarmung an Nervenfasern in den Clarke'schen Säulen fand R. bei einer nachträglichen Untersuchung in seinem Fall bestätigt. Eisenlohr.

---

10) **A case of spinal hemianaesthesia and hemiparaplegia after fracture of dorsal vertebra** by Dr. Th. Taylor. (American Journal of Neurology and Psychiatry. 1884. May p. 49.)

Ein 22jähriger kräftiger Mann war durch einen Fahrstuhlschacht 3 Stockwerk hoch herabgestürzt und auf die linke Hälfte des Rückens aufgefallen. Nach einigen Stunden kehrte das Bewusstsein zurück und es zeigte sich ausser einer Fractur der linken Clavicula ein Bruch des Proc. spinos. (?) der Vertebr. dors. III. Schwere Dyspnoë, völlige motorische und sensible Lähmung der linken unteren Körperhälfte, während das rechte Bein so frei von jeder functionellen Störung geblieben war, dass Patient mit Hülfe eines Stockes zu gehen im Stande war. Keine Sphincterenlähmung.

4 Wochen später Reflexzuckungen im linken Bein und allmähliche Rückkehr der Berührungsempfindlichkeit. Eine genauere Untersuchung fand indess erst nach weiteren 4 Wochen statt, als Patient sich in der Poliklinik vorstellte. Hier konnte noch constatirt werden:

Links: Motorische Parese. Kniephänomen sehr gesteigert. Cremasterreflex erloschen. Fussclonus deutlich, Plantarreflex vermindert.

Berührungsgefühl normal; Kitzelgefühl in der Fusssohle fehlend; Wärmegefühl normal, ausser in der Gegend der Scapula, wo es vermindert war; Schmerzempfindung überall ausser über der Scapula gesteigert.

Rechts: Patellarreflex sehr wenig gesteigert; Fussclonus fehlend. Sehr bemerkenswerth ist dagegen die fast völlige Aufhebung für Temperaturunterschiede — alles wird für heiss erklärt — und für Schmerzempfindung; das betroffene Gebiet umfasst die ganze rechte Körperhälfte von der Brustwarze resp. vom Schulterblatt abwärts, und greift, wie schon angedeutet, auf die linke Schultergegend über.

9 Monate nach dem Unfall war der Gang des Patienten völlig normal geworden; auch die Empfindung hatte sich theilweise wieder hergestellt, doch wurde immer noch über dem linken Schulterblatt und rechts vom 10. Dorsalwirbel abwärts Schmerz fast gar nicht und Wärme nur undeutlich unterschieden.

Verf. zieht übrigens u. A. den Fall IV von Köbner (Spinale Hemiplegie in: Deutsch. Arch. f. klin. Med. XIX. S. 179) zum Vergleich heran. Sommer.

11) **Paraplégie douloureuse aiguë** par le Dr. Dumolard. (Rev. de méd. 1884. Juillet p. 533.)

Verf. beobachtete in Vizille (nicht weit von Grenoble) im Laufe der letzten Jahre eine Anzahl Fälle acuter nervöser Erkrankung, welche sich in sehr übereinstimmender Weise vorzugsweise durch das Auftreten einer mit heftigen Schmerzen verbundenen acuten Paraplegie charakterisirten. Die Schmerzen waren anfangs im Rücken und in der Lendengegend localisirt, später traten sie namentlich in den Beinen auf. Wenige Tage später wurden die Kranken bettlägerig, da sich eine deutliche Parese der Beine einstellte. Zuweilen bestand leichtes Fieber, häufig eine ausgesprochene Blasenschwäche. Die Hautreflexe scheinen erhöht gewesen zu sein. Alle Fälle endeten nach 2—4 Wochen günstig, indem völlige Heilung eintrat.

Verf. glaubt einen „Reizzustand im Lendentheil des Rückenmarks" als Ursache der Krankheit annehmen zu dürfen und erinnert an eine ähnliche epidemische Affection, welche vor 15 Jahren in Azannon, Spanien, beobachtet und unter dem Namen „maladie d'Azannon" beschrieben worden ist (Rev. des sciences méd. tome VIII. p. 183). Im Ganzen lässt die objective Beschreibung der Symptome an Genauigkeit Manches zu wünschen übrig. Die naheliegende Möglichkeit einer multiplen Neuritis wird gar nicht in Betracht gezogen. Strümpell.

12) **Contribution á l'étude des troubles intestinaux dans l'ataxie locomotrice progressive** par G. H. Roger. (Rev. de méd. 1884. Juillet p. 554.)

R. lenkt die Aufmerksamkeit auf die bei der Tabes nicht sehr seltenen „crises entérorrhéiques". Unter 32 Fällen von Tabes konnte er 5mal dieses Symptom mit Sicherheit constatiren. Die tabische Diarrhoe tritt entweder verbunden mit heftigen kolikähnlichen Schmerzen auf und ist dann nur Theilerscheinung einer „crise entéralgique" (eventuell mit einer Crise gastrique combinirt) oder sie tritt ganz plötzlich ohne alle Veranlassung und ohne alle begleitenden Schmerzen auf. Zuweilen ist sie schon ein sehr frühzeitiges Symptom der Tabes, zuweilen schliesst sich ihr Auftreten an die lancinirenden Schmerzanfälle an, zuweilen entwickelt sie sich auch erst in späteren Stadien der Krankheit. Die Diarrhoe stellt sich meist ganz plötzlich ein; es erfolgen täglich 3—6 und mehr dünne Stühle. Nach einigen Tagen hört sie ebenso plötzlich, wie sie gekommen ist, auch wieder auf. Derartige Krisen wiederholen sich dann bei demselben Kranken in kürzeren oder längeren Zwischenräumen. Nicht selten ist die Diarrhoe mit Erbrechen verbunden, zuweilen auch mit Blasentenesmus.

Der eine vom Verf. ausführlich beschriebene Fall (44jähr. Mann, vor 18 Jahren Syphilis) ist noch dadurch interessant, dass ausser der Diarrhoe auch eine Facialisparese, Augenmuskellähmungen, Schwindel, laryngeale Krisen in Form krampfhafter Hustenanfälle und Speichelfluss zur Beobachtung kamen. Auf den letzteren und ebenso auf die Diarrhoe war Atropin von sichtlichem therapeutischen Nutzen. Verf. ist daher geneigt, auch die Diarrhoe von einer zeitweiligen Secretionssteigerung im Darm abhängig zu denken. Strümpell.

13) Hémichorée pleurétique par le Dr. E. Weill. (Rev. de méd. 1884. Juillet p. 568.)

Nach der Operation eines linksseitigen Empyems trat eine Schwäche des linken Armes und nach einer nöthigen Wiederholung der Operation eine starke Chorea-ähnliche Affection in demselben, in viel geringerem Grade auch im linken Beine auf. Diese Beobachtung schliesst sich an die zuerst von Lépine mitgetheilte Thatsache an, dass sich nach Pleura-Ausspülungen zuweilen Paresen der entsprechenden oberen Extremität entwickeln, welche einstweilen in die Kategorie der sogenannten „Reflexlähmungen" gerechnet werden. Strümpell.

---

14) Bijdrage tot de Kennis van het beven door S. Talma. (Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1884. Nr. 28. 29.)

Als einen Beitrag zur Localisation einer gewissen Art von Zittern theilt T. mehrere Fälle mit, die folgende 3 Haupterscheinungen gemeinsam hatten: 1) Zittern (unregelmässige Contractionen von Muskelbündeln, grössern Muskeltheilen und ganzen Muskeln) bei willkürlichen Bewegungen; 2) Verstärkung der Sehnenreflexe; 3) Mitbewegungen in den Muskeln, deren Nerven in dem Rückenmark entspringen. Der Grund dieser Erscheinungen liegt nach T.'s Beobachtungen und Erfahrungen in einem Reizzustande der Nervenzellen in den Vorderhörnern des Rückenmarks. Diese 3 Haupterscheinungen fand T. in allen 4 zur Zeit von ihm darauf hin untersuchten Fällen von disseminirter Sklerose des Gehirns und Rückenmarks (wenn das Zittern zunahm, nahmen auch die Sehnenreflexe und die Mitbewegungen zu), in einem Falle von scheinbar typischer perniciöser Anämie ohne deutliche Ursache, einige Male bei Reconvalescenten von Typhus abdominalis (die Erscheinungen verschwanden bei vollständiger Genesung), einige Male bei chronischer Myelitis, wo die willkürlichen Bewegungen mehr oder weniger vollständig erhalten geblieben waren. Auch die Rigidität der Muskeln bei Rückenmarksleiden (die T. bei Hysteria gravis, Myelitis und Malum Pottii sah) stellt sich nach ihm bei genauerer Untersuchung nicht als dauernd heraus, sondern sie entsteht bei den allergeringsten Bewegungsversuchen und hat in der von Reizzustand der Nervenzellen im Rückenmark abhängigen Symptomengruppe dieselbe Bedeutung, wie die Sehnenreflexe. — Der Reizzustand in den Ganglienzellen der Vorderhörner, der der aus den 3 genannten Symptomen combinirten Symptomengruppe zu Grunde liegt, kann sich im Verlaufe sehr verschiedener Processe entwickeln, aber das Zusammentreffen dieser Symptome deutet immer darauf hin, dass die Ursache des Zitterns in den Nervenzellen des Rückenmarks ihre Localisation hat. In vielen anderen Fällen kann allerdings das Zittern auf eine ganz andere Weise entstehen und eine andere Localisation haben. Bei Paralysis agitans hat das Zittern einen andern Ursprung, weil die Sehnenreflexe nicht vermehrt und keine Mitbewegungen vorhanden sind und das Zittern bei Intention zu Bewegungen nicht stärker wird. Auch bei Tremor senilis nimmt T. einen andern Ursprung an. Um zu wissen, ob die Sehnenreflexe wirklich nur reflectorischer Natur sind, und ob man dazu auch die durch directe Reizung hervorgerufenen Muskelcontractionen zu rechnen habe, veranlasste T. Anth. van Ijsendijk, Versuche darüber anzustellen, deren Ergebnisse dieser in seiner Dissertation (Over den aard der peesverschijnselen. Utrecht 1883) niedergelegt hat. van Ij. stellte Messungen der Zeit an, die nothwendig ist für die einfache mechanische Leitung des Schlags von der Sehne bis an den Muskel und der Dauer der latenten Periode bei directer Reizung des Muskels; er fand 0,03 Secunde, während die mittlere Zeit für das Kniephänomen 0,065 Secunde betrug. Da sowohl die Zeiten für die directen Reizungen sich viel zu gross herausstellten, als auch die Zeit für das Fussphänomen grösser war als für das Kniephänomen, schloss van Ij. hieraus auf die reflectorische Natur beider. Wenn das Bein nicht fest aufgesetzt wird, wenn sehr stark auf die

Sehne geschlagen wird, trat die erste Erhebung in dem Muskel in viel weniger als 0,06 Secunden ein, durch Versuche an Personen mit starken Sehnenreflexen, an Tabetikern ohne Sehnenreflexe und an Leichen konnte van Ij. aber nachweisen, dass die erste Erhebung des Muskeln unter den genannten Umständen einfach von der stärkeren Spannung des Muskels in Folge des Schlages auf die Sehne und erst die danach kommende stärkere Erhebung von der physiologischen Zusammenziehung abhängt.

Walter Berger.

---

15) Herpes zoster bilateralis af Fr. Stabell. (Tidsskr. f. prakt. Med. 1884. IV. 13.)

Ein 18jähriges Mädchen zeigte am 21. März 1884 Herpes zoster vom 4. bis 6. Brustwirbel rund um die linke Hälfte des Thorax herumgehend; die letzte grosse Blasengruppe nahm fast die ganze untere Hälfte der linken Mamma ein; der Ausschlag stand so dicht, dass der centrale Theil desselben eine fast continuirlich zusammenhängende, aber flache Blase rund um den Thorax bildete, einzelne Blasen waren bis zur Grösse einer halben Wallnuss angewachsen. Die Eruption entsprach der Ausbreitung des 4. und 5. Intercostalnerven. Am 27. März hatte sich Zoster vom 1. Lendenwirbel aus schräg nach unten um die rechte Seite des Unterleibs herum bis zur Symphysis pubis entwickelt; auch hier war die Eruption dicht und floss zu grösseren Blasen zusammen, aber nicht in demselben Grade wie an der linken Seite. Die Eruption entsprach der Ausbreitung des N. ilio-hypogastricus und ilio-inguinalis. Die ersten Blasen hatten sich 48 Stunden nach Ausbruch der Affection auf der linken Seite gezeigt. Als der Zoster abgeheilt war, bestand deutlich ausgesprochene Anästhesie an den ergriffen gewesenen Hautstellen; die Pat. fühlte selbst Nadelstiche nicht, die durch die ganze Dicke der Haut gingen.

Walter Berger.

---

16) On alcoholic paralysis by J. Dreschfeld. (Brain. 1884. July p. 200—212.)

Von den auf der Basis des chronischen Alcoholismus entstehenden Lähmungsformen bespricht Verf. eine im Wesentlichen durch Ataxie und eine wesentlich durch Lähmung ausgezeichnete Gruppe. Die Fälle der ersten Art sind der Tabes zum Verwechseln ähnlich; lancinirende Schmerzen, Incoordination der Bewegungen, Fehlen der Sehnenphänomene sind die Cardinalsymptome. Diese „alcoolic ataxia" befällt vorwiegend das männliche Geschlecht; mit der Entwöhnung vom Alcohol können, wie auch Verf. beobachtet hat, alle Erscheinungen schwinden. Die Grundlage dieser Erkrankung ist eine multiple Neuritis der peripheren sensibeln Nervenäste; damit ist es auch begreiflich, das gewisse Zeichen der Tabes, wie: Arthropathien und die oculomotorischen Symptome hier fehlen.

Viel häufiger ist die Alcohol-Lähmung. Sie betrifft Individuen, vorzugsweise Weiber, die auch andere Zeichen des chronischen Alcoholismus bieten. Mehr oder weniger acut werden die unteren, manchmal auch die oberen Extremitäten von Lähmung ergriffen, die befallenen Muskeln atrophiren und zeigen bei elektrischer Prüfung Entartungsreaction. Die Hautreflexe sind abgestumpft, die Sehnenphänomene fehlen. Auf sensibelem Gebiet treten Hyperästhesien, Störungen des Temperatursinnes und lancinirende Schmerzen hervor. Oft gesellen sich Cerebralerscheinungen, Delirium etc. hinzu und führen zum Excitus. Verf. theilt einen hierherzählenden Fall seiner Beobachtung mit, in welchem er entsprechend den Moeli'schen Erfahrungen Rückenmark und hintere Wurzeln intact, dagegen erhebliche Degeneration der peripheren Nerven auffand. Eine multiple progressive Neuritis peripherica ist also die Grundlage dieser Alcohol-Lähmungen.

Der Verf. macht noch aufmerksam auf bei Alcoholisten vorkommende Visceralneuralgien. So beobachtete er bei einem Mädchen heftige Anfälle von Kolik ohne

Erbrechen, die durch Alcohol-Abstinenz schwanden etc. Die Erscheinungen des chronischen Alcoholismus erinnern in vielen Beziehungen an die durch Bleiintoxication geschaffenen nervösen Störungen. Oppenheim.

Psychiatrie.

17) **Jets over hallucinatie** door J. W. H. Wijsman. (Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië. 1884. XXIV. 1. S. 87.)

Nach W.'s Meinungen kommen Uebergänge von Hallucinationen zu Illusionen nicht vor und die Reflexhallucinationen gehören zu den reinen Hallucinationen, die W. in subjective und objective eintheilen möchte. Die subjectiven entstehen durch anhaltende Bespiegelung des Ich's in Folge von angeborener oder erworbener Erhöhung des Selbstgefühls (besonders rechnet W. hierzu die Hallucinationen bei primär Wahnsinnigen), während die objectiven geweckt werden durch eine Wahrnehmung mit einem andern Sinnesorgane als dasjenige, welches sie betreffen (so kann z. B. durch Sehen eines Gegenstandes eine Gehörshallucination geweckt werden, deren Inhalt aber stets in einer gewissen Beziehung zur Wahrnehmung steht). Stabile Hallucinationen, deren Inhalt stets derselbe bleibt, kommen meist bei nicht Geisteskranken vor, aber auch bei Geisteskranken, bei denen der Inhalt der Hallucinationen meist sehr veränderlich ist, können Hallucinationen mit constantem Inhalte auftreten, zumal wenn sie mit dem Inhalte der Wahnvorstellungen in Verbindung stehen. Hallucinationen sind kein Symptom von Geistesstörung, so lange sie nicht eine bemerkbare Einwirkung auf das Seelenleben zur Folge haben. Dieser Einfluss hängt einestheils von dem Inhalte der Hallucination ab (eine einfache Photopsie z. B. oder das Hören von Stimmen), anderntheils davon, ob sie durch logischen Schluss als Producte der Einbildung erkannt und corrigirt werden. Am leichtesten ist die Correction möglich bei Hallucinationen, die nur einen Sinn betreffen und durch die anderen Sinne corrigirt werden; auf die Möglichkeit der Correction hat die Entwickelungsstufe des Individuums, der betroffene Sinn, die Intensität, die Häufigkeit und die Dauer der Hallucinationen Einfluss. Walter Berger.

18) **Des difficultés, que présente le diagnostic de la paralysie générale** par Christian. (Annales méd.-psychol. 1884. Janvier-Juillet.)

Die Thatsache, dass die Symptome acuter Psychosen häufiger eine Paralyse vortäuschen, als die spätere Beobachtung zu bethätigen im Stande ist, veranlasst Chr., die Fehlerquellen der Diagnose einer Betrachtung zu unterziehen.

Die Irrenanstalten enthalten nach seiner Behauptung eine Menge Fälle, bei welchen anfänglich die Diagnose auf allgemeine Paralyse gestellt war, während der spätere Verlauf es unmöglich macht, diese Diagnose aufrecht zu erhalten. Vielmehr finde man dann nur Demenz und „délire".

Es wird in 20 einzelnen Beobachtungen, in welchen die Diagnose auf Paralyse gestellt war, nachzuweisen, dass diese eine falsche war.

Unter anderen handelt es sich da um 2 Fälle, in denen in der Reconvalescenz von Variola plötzlich Irrsinnserscheinungen auftraten, welche als Paralyse aufgefasst wurden, während die Kranken nach kurzer Zeit genasen und entlassen wurden.

Bemerkenswerth sind die Auslassungen zu der Differentialdiagnose zwischen Paralyse und Folie à double forme, welche an die Adresse des Herrn Régis gerichtet sind, von welchem schon in derselben Zeitschrift eine Entgegnung vorliegt.

Im Allgemeinen theilt Chr. die Ansicht Baillarger's von der Doppelnatur der in dem Rahmen der Paralyse vorkommenden echten Paralyse und der Folie congestive, über welche in einer der letzten Nummern dieses Centralblattes ausführlich berichtet wurde.

Es würde zu weit führen die einzelnen Fälle, in denen Chr. die Fehler der Diagnose nachzuweisen sucht, hier zu berichten. Auffällig ist jedoch, dass nicht die eigenthümlichen, durch das französische Irrengesetz gegebenen Bedingungen zur Erklärung der von Chr. angegebenen Thatsache, dass so häufig in der Diagnose der Paralyse gesündigt werde, herangezogen sind.

Die von Chr. beklagte Incongruenz zwischen der definitiven Aeusserung der betreffenden Psychose und der anfänglichen Diagnose, erklärt sich wohl ziemlich einfach, wenn man bedenkt, dass die französischen Irrenärzte gezwungen sind, bei der Aufnahme, sodann nach 24 Stunden und nach 15 Tagen Certificate auszustellen.

Dass in dieser kurzen Zeit leicht ein unzutreffendes Urtheil über eine Krankheitsform unterlaufen kann, welche zu ihrem Ablauf gemeiniglich Jahre erfordert und — wie bekannt — sich häufig mit recht schleichenden Anfängen entwickeln kann, während andererseits gerade im Beginn die Unterscheidung von anderen Formen oft recht schwer ist — scheint auf der Hand zu liegen. Jehn.

III. Aus den Gesellschaften.

Bericht über die Jahressitzung des Vereins deutscher Irrenärzte in Leipzig, den 16. und 17. September 1884.

Die Sitzungen fanden in der Irrenklinik zu Leipzig statt. Am Vorstandstisch: v. Gudden, Lähr, Nasse, Schüle. Die Mitglieder sind sehr zahlreich erschienen.

Nach Begrüssung der Versammlung durch den Vorsitzenden ehrt dieselbe das Andenken der inzwischen verstorbenen Mitglieder: Frese, Kasan, Meyer, Löchner, Ewert, Ehrt und Stühmke durch Erheben von den Sitzen. — Nach Erledigung geschäftlicher Dinge folgt der Bericht des Vorstandes über die Ausführung früherer Vereinsbeschlüsse.

Auf den Antrag des Vorstandes, betreffend die Statistik der Irrenanstalten (Zählblättchen), ist der Bescheid eingegangen, dass die Beschlüsse des Vereins im Wesentlichen acceptirt sind.

Die Eingabe, betreffend die Aufnahme der Psychiatrie in die ärztliche Prüfungsordnung, ist vom Bundesrath in abschläglichem Sinne erledigt worden.

Mit Bezug auf die Beschlüsse des Vereins, betreffend die Fürsorge für die geisteskranken Sträflinge, sind neue Erwägungen seitens des Vorstandes nöthig geworden, welche die Formulirung von Anträgen einstweilen unthunlich erscheinen lassen, da eine Verwirklichung der Postulate zur Zeit nicht zu erwarten ist. Der Verein erklärt sich damit einverstanden, dass vorläufig von weiteren Schritten abgestanden wird.

Es folgt Nr. 2 der Tagesordnung, das Referat von Sander über die Frage, ob und unter welchen Umständen Geistesstörung als Ehescheidungsgrund betrachtet werden soll. — Die Ermittelungen haben zunächst eine grosse Verschiedenheit der in Deutschland geltenden Rechtsbestimmungen ergeben. Viele Einwände, die gegen die Ehescheidung auf Grund von Geistesstörung erhoben werden, betreffen nicht diese specielle Frage, sondern die Frage von der Zulässigkeit der Ehescheidung überhaupt. Diese zu discutiren ist nicht Sache des Vereins. Erst wenn die Entscheidung dahin getroffen ist, die Trennbarkeit der Ehe überhaupt zuzulassen, kann die specielle Frage in Betracht kommen und etwa nach folgenden Gesichtspunkten beurtheilt werden. Es ist ein principieller Unterschied zwischen geistigen und körperlichen unheilbaren Krankheiten nicht vorhanden. Doch stellt sich die Frage in der Praxis anders, insofern als andere Krankheiten selten das Familienleben in so hohem Maasse stören, als die Geisteskrankheiten. — Das Verlangen nach Trennung der Ehe ist nicht häufig, meist sind es arme Leute, deren Erwerb, Unterhalt, Kinderpflege Noth leidet. Wohlhabende Leute können die durch Geisteskrankheit gesetzten

materiellen Schäden leichter ausgleichen. Von den an den Berliner Landgerichten angestrengten Ehescheidungsprocessen betrafen nur 5—6 $^0/_{00}$ Geisteskranke, nur 2 waren gegen den Ehemann gerichtet, bis auf einen Fall waren alle Parteien arm. Abgesehen von den ethischen und anderen Gründen, welche gegen eine Ehescheidung aus Ursachen bestehender Geisteskrankheit vorgebracht werden und welche zum Theil auf Sentimentalität beruhen, sind es Gründe ärztlicher Natur, welche zur Vorsicht mahnen: die zweifelhafte Diagnose, die vorgekommenen Spätheilungen und die Heilungen bei Paralyse. Dessenungeachtet ist das Gesetz doch zu rechtfertigen, dass die Ehe bei bestehender unheilbarer Seelenstörung geschieden werden kann. Man muss nur bestimmte Garantien im Interesse des Kranken verlangen. Zunächst eine hinlängliche Zeit der Beobachtung in der Anstalt. 3 Jahre dürften in den meisten Fällen genügen, in anderen weniger oder mehr Jahre. Eine Zeitbestimmung erscheint für das Gesetz nicht erforderlich; ebenso ist die Zahl der zu ernennenden Sachverständigen, wie beim Entmündigungsverfahren, dem Richter anheimzugeben, welcher sich volle Ueberzeugung verschaffen muss. — Die materielle Lage des Kranken ist in jedem Falle sicher zu stellen. — Die Frage der Nichtigkeit der Ehe, wenn ein Ehegatte beim Eheschluss geisteskrank und daher der freien Willensbestimmung beraubt war, ist eine andere Rechtssache, welche besondere Bestimmungen erfordert.

In der Discussion berichtet v. Gudden, dass die Fragestellung des Referenten dem Vorstande bei späterer Berathung zu weit erschienen sei und er beschlossen habe:

1) Ueber die Zulässigkeit der Ehescheidung wegen bestehender Geisteskrankheit zu discutiren sei nicht Aufgabe des Vereins.

2) Der Verein beschränke sich am Besten auf die Frage, falls principiell die Ehescheidung in Folge Geisteskrankheit zugegeben ist, wie das ärztlich-technische Verfahren einzurichten sei.

Sander meint, dass sich der Verein mit der principiellen Frage sehr wohl darüber äussern könne. Er hat Sätze aufgestellt, welche der Discussion zu Grunde gelegt werden sollen. Nach kurzer Debatte, bei welcher v. Gudden zugiebt, dass es wünschenswerth sei, dass Jeder sich darüber klar werde, dass es aber besser sei, wenn man keine Beschlüsse fasse, ehe die gesetzgebenden Factoren die massgebenden Schritte gethan, beschliesst der Verein, über die Fragen nicht weiter abzustimmen und die weitere Verhandlung über den Gegenstand fallen zu lassen.

Es folgt Nr. 3 der Tagesordnung, das Referat über die Frage, in wie weit Mitglieder von Kranken-, Invaliden- und anderen Kassen beim Eintritt von Geistesstörung Nachtheile in der Geltendmachung ihrer Rechte erleiden. Veranlassung dazu hatten mehrere für die Geisteskranken ungünstige Bestimmungen in einigen Berliner Krankenkassen gegeben. Durch das inzwischen erlassene Krankenkassengesetz sind die Hauptschäden beseitigt und der Referent lenkt noch die Aufmerksamkeit der Vereinsmitglieder auf die Beachtung der Nachtheile, welche aus der durch die beginnende Geistesstörung bedingten Ausschliessung den Kranken erwachsen können. Hierüber zu wachen erklärt der Verein für wünschenswerth.

Am 17. Sept. berichtete Laehr über die Fortschritte des deutschen Irrenanstaltswesens in den letzten Jahren. Bei der Fülle des Materials ist eine auszugsweise Wiedergabe nicht möglich. Eine Discussion schloss sich nicht an den Vortrag.

Es folgte der Vortrag von Flechsig: Zur gynaekologischen Behandlung der Hysterie (cf. oben die Originalmittheilung).

Discussion. Mendel sah in einem Fall von hysterischer Psychose mit Tumor ovarii, bei welcher die Ovariotomie gemacht wurde, die geistige Störung bestehen bleiben und unheilbar werden. Er mahnt zur Vorsicht betreffs der Schlussfolgerungen, da die Hysterischen unter den sonderbarsten Verhältnissen genesen können.

Hitzig führt ebenfalls einen Fall eigener Beobachtung an, in welchem nach der Castration die Anfälle nicht ausblieben. Meschede und v. Gudden sprachen in demselben Sinne.

Flechsig ist sich bewusst, die nöthige Vorsicht anzuwenden und spricht über die Möglichkeit der Einwirkung tiefer länger dauernder Chloroformirung.

Richter spricht über die optischen Leitungsbahnen des menschlichen Gehirns. Er hat eine Anzahl von Fällen einseitiger und doppelseitiger Atrophie des N. opticus post mortem untersucht und fand in einem Falle schwartige Verdickung an der Basis cerebri, durch welche der betreffende Opticus zur Atrophie gebracht war, in einem anderen Falle einen Erweichungsherd im entgegengesetzen Hinterhauptslappen, in einem dritten ein Psammom am rechten Opticus und eine Erweichung im rechten Hinterhauptslappen. In 9 anderen Fällen kein makroskopischer Befund. Mikroskopisch fand er einen Schwund der Ganglienzellen in den oberen Vierhügeln, dem Sehhügel und in den Kniehöckern beider Seiten (auch bei einseitiger Sehnerven-Affection). Ueber den Verlauf der Fasern im Stabkranz hat er nichts Sicheres gefunden. Er zieht den Schluss, dass auch nach 10jährigem Bestehen der Opticusatrophie sich makroskopisch keine weiteren Veränderungen zu zeigen brauchen, und dass es nicht erwiesen ist, dass ein Zerfall im Occipitallappen immer einen Schwund der Ganglienzellen in den Sehhügeln und Vierhügeln nach sich zieht.

Eine Discussion schliesst sich hieran nicht.

Mendel über das Verhalten der Ganglien bei der progressiven Paralyse der Irren. Der Vortrag erscheint als Originalmittheilung in der nächsten Nummer.

In der Discussion bestätigt Binswanger auf Grund seiner Untersuchungen das Vorhandensein von pathologischen Veränderungen an den Ganglienzellen der Rinde bei Paralyse. Er hat sie in den Bezirken der Betz'schen Riesenpyramiden stets gefunden. Seine Befunde stimmen nur in einigen Punkten mit denen Mendel's nicht überein. Die gelben Exsudate sah Binswanger nicht, pericelluläre Räume waren vorhanden. Wichtig war ihm die Veränderung der Kernkörperchen, welche oft zerklüftet und zerrissen waren. Von den Ganglienzellen waren nie alle, sondern sie waren nesterweise ergriffen. Er schildert genauer das Verhalten des Pigments. v. Gudden erklärt auf Grund neuerer Untersuchungen eines Collegen, dass die Härtung in Müller'schen Lösung unbrauchbare Resultate giebt. Mittelst der neuen Methode (Alcoholhärtung) fanden sich in allen Fällen von Paralyse Veränderungen der Ganglienzellen, und zwar mit dem Charakter der Atrophie. Das Kernkörperchen verliert seinen Glanz, die Zelle verändert ihre Form, wird kleiner, klumpig und undurchsichtig, auch werden die Fortsätze undeutlich. Er zeigt ein Präparat, welches diese Verhältnisse sehr schön illustrirt.

Mendel freut sich über die Bestätigung seiner Befunde, möchte jedoch der Härtung in Chromsalzen zu ihrem Rechte verhelfen, da sie ja auch dieselben Veränderungen deutlich macht, die Herr v. Gudden soeben beschrieben.

Am 16. Sept. besichtigte die Versammlung die Anstalt zu Nietleben bei Halle, am Nachmittage des 17. Sept. die Anstalt Alt-Scherbitz bei Schkeuditz. Am Abend des 16. Sept. vereinigte ein Festmahl die Mitglieder im Hôtel de Prusse zu Leipzig.

Siemens.

Bericht über die Verhandlungen der Section für Neurologie und Psychiatrie auf der 57. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Magdeburg, 17.—24. Sept. 1884.

I. Sitzung vom 19. Sept. Morgens $8^1/_4$ Uhr. — Vorsitz: von Gudden.

Pätz: Ueber den Werth agricoler Irrenanstalten und über die Anstalt Alt-Scherbitz.

Das Streben nach einfacheren Verpflegungsformen für Geisteskranke führte schon früher zur familiaren und zur colonialen Irrenverpflegung. Das Ziel der agricolen Irrenanstalt nun ist, die Vorzüge der freieren Verpflegungsformen mit den Vortheilen der geschlossenen Anstalt so zu vereinigen, dass die — nur ausnahmsweise nöthige — Freiheitsentziehung („Detention") in einem geschlossenen Theile der Anstalt möglich ist, sonst aber für die Kranken Einrichtungen geschaffen werden, welche bei Gewährung möglichster Freiheit gute hygienische Verhältnisse, die Möglichkeit ausgedehntester Beschäftigung und vortheilhaftester Arbeitsausnutzung bieten sollen. Es wurde kurz erläutert, in wieweit in Alt-Scherbitz diese Bedingungen erfüllt sind. (Ob es nöthig war, gerade das „Humane" von Alt-Scherbitz gegenüber den geschlossenen Anstalten so sehr zu betonen, erscheint zweifelhaft. Wenn statt „human" überall das Wort „einfach" gebraucht wäre, wäre der Zweck des Vortrages auch erreicht worden. Denn die Vorzüge von Alt-Scherbitz sind ja auch dem grössten Skeptiker deutlich. Ref.)

In der Discussion meint Oebeke, dass gewiss viele der Kranken, welche in Alt-Scherbitz die Dorfhäuser bewohnen, ganz frei sich bewegen und ihren Hausschlüssel haben, ebenso gut in der Familie leben können. Pätz entgegnet, dass die Verhältnisse in der Provinz Sachsen der familiaren Verpflegung nicht günstig seien, und dass viele ganz harmlose Kranke in der Anstalt bleiben müssten, weil sie ausserhalb in Folge ihrer geistigen Unselbstständigkeit nicht existiren könnten. — Moeli fragt nach dem Procentsatz der Bettlägerigen und ob in Alt-Scherbitz vielleicht weniger Paralytiker vorhanden seien. Pätz sagt, dass körperliche Krankheiten selten seien, dass sonst aber die Bettbehandlung in Scherbitz nach denselben Grundsätzen wie anderswo ausgeübt werde.

Meschede fragt nach der Zahl der Entweichungen, Pätz stellt sie nicht höher als in geschlossenen Anstalten.

v. Gudden erkennt die Fortschritte des Systems von Alt-Scherbitz an, meint aber, dass die geschlossenen Anstalten auch ihr Gutes haben, dass in der Nähe grosser Städte freie Anstalten unmöglich und dass auch bei geschlossenen Thüren und vergitterten Fenstern erfreuliche Resultate zu erzielen seien. —

v. Gudden: Ueber das Corpus mammillare und die sogenannten Schenkel des Fornix.

Das Corpus mammillare besteht jederseits (vergl. Arch. f. Psych. Bd. XI.) aus zwei unabhängigen Ganglien; der sog. Fornixschenkel bildet keine Continuität, keine Schleife durch Auf- und Absteigen im Corp. mamm. Es sind vielmehr von einander getrennte, auch in keinem directen physiologischen Zusammenhang stehende Faserbündel. Der aufsteigende Schenkel, die Fornixsäule, durchsetzt einfach nach vollzogener Kreuzung hinter dem Corpus mam. dieses zwischen medialem und lateralen Ganglion, biegt, ohne weitere Verbindung mit ihm einzugehen, knieförmig um, verläuft dorsipetal nach vorn und erreicht den hinteren Rand der vorderen Commissur. Der absteigende Schenkel (das Vicq d'Azyr'sche Bündel) entspringt vom Tuberculum anterius des Thalamus, verläuft ventripetal nach hinten und begiebt sich in das mediale Ganglion des Corpus mammillare. Von diesem entspringt ein zweites Bündel, welches eine Strecke weit mit dem Vicq d'Azyr'schen Bündel medialwärts zusammen verläuft, sich dann von ihm abzweigt und in der Haube verliert. Nimmt man eine Grosshirnhemisphäre (beim Kaninchen) fort, so atrophirt das zum Tuberc. ant. gehende Hemisphärenbündel (dessen genauer Verlauf noch erforscht werden muss, welches übrigens vorzugsweise zum Scheitel- und Hinterhauptshirn in Beziehung steht), es atrophirt die bezügliche Nervenzellengruppe des Tub. ant., das Vicq d'Azyr'sche Bündel, das mediale Ganglion des Corpus mam. und dessen Haubenbündel. Doch konnte das ganze Vicq d'Azyr'sche Bündel nicht zum Schwinden gebracht werden. Neuere Untersuchungen haben nun darüber aufgeklärt. Die Resultate sind: War die

Hemisphäre, das Corp. striatum und mit dem vorderen Theil des Thalamus zweifellos das Tub. anterius beseitigt, so zeigte es sich, dass das mediale Ganglion nicht einfach ist, sondern wieder aus zwei Ganglien, einem ventralen hinteren und einem dorsalen vorderen, besteht. Das erste ist abhängig vom Vicq d'Azyr und geht mit diesem zu Grunde, das zweite ist unabhängig von ihm, bleibt erhalten und ist das Centrum für das Haubenbündel, welches ebenfalls erhalten bleibt. Erst wenn man nach Enucleirung eines Auges vom Foramen opticum aus oder durch einen Einstich von der Convexität des Gehirns her (gleichfalls intracraniell) das dorsale Ganglion zerstört hat, geht auch das Haubenbündel zu Grunde. — Zeichnungen und Präparate wurden demonstrirt, auch die Erklärung für die anderweite Deutung des früheren (richtig erhobenen) Befundes gegeben.

Es legt sich also das Haubenbündel des Corpus mammill. medial dem Vicq d'Azyr'schen Bündel an, begleitet dasselbe eine Strecke weit, biegt dann nach hinten um und kreuzt sich mit dem Meynert'schen Bündel, welches das Ganglion habenulae mit dem von v. Gudden entdeckten Ganglion interpedunculare verbindet, medial (nicht, wie im Arch. f. Psych. angegeben, lateral). Im weiteren Verlauf lassen die Haubenbündel, zwischen den Meynert'schen Bündeln nach hinten vordringend, die Wurzeln der N. oculomotorii zur Seite, fangen an, durch die Bündel der Haubenkreuzungen gespalten zu werden, bilden eine etagenförmig aufgebaute Reihe von Querschnitten, welche schliesslich hinter den Haubenkreuzungen in zwei neben der Raphe ventral von den hinteren Längsbündeln gelegenen, ziemlich grossen Zellengruppen sich verlieren. In derselben Region, und dorsal vom hinteren Längsbündel, liegen zwei umfangreiche Ganglien, deren Verhältnisse noch unbekannt sind. — Zerstört man das dorsale vordere Ganglion, so geht auch das ventral vom hinteren Längsbündel hinter der grossen Haubenkreuzung gelegene Ganglion zugleich mit dem ganzen Haubenbündel zu Grunde. — Dieses Ganglion und das Haubenbündel dürften der Einfachheit wegen nach ihrem Entdecker das Gudden'sche zu nennen sein.

Weitere Publicationen über die drei Bündel der Fornixsäulen, denen sich nach neueren Untersuchungen ein viertes zugesellt, werden in Aussicht gestellt.

Eine Discussion fand nicht statt.

Hasse: Ueber die Beziehungen der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane zu den Geistesstörungen. Dass solche Beziehungen existiren, ist unzweifelhaft. Eine andere Frage ist, ob die in letzter Zeit so viel geäusserte Ansicht berechtigt ist, dass nämlich dieser Zusammenhang ein viel innigerer, ausgedehnterer sei, als man gewöhnlich annehme, dass ein sehr bedeutender Theil aller weiblichen Geisteskranken geschlechtskrank sei, dass die Psychose ihren Ursprung in diesen Geschlechtsleiden habe, und dass die Beurtheilung und Behandlung dieser Geschlechtsleiden von der allergrössten Bedeutung sei. Indem diese Verhältnisse beleuchtet und die Gefahren unzeitiger und unnöthiger gynäkologischer Untersuchung und Manipulation geschildert werden, ist der Vortragende geneigt, zu verlangen, dass die Gynäkologen sich eine genauere Kenntniss von den Wesen und den Bedingungen der Psychosen verschaffen möchten.

In eine Discussion wurde nicht eingetreten.

Hitzig: Ueber einen Fall von Hämorrhachis, Syringomyelie und abnorme Structur des spinalen Markmantels. In diesem Fall sass der ausgedehnte Bluterguss lediglich im Gewebe der Pia, er ist für die Beurtheilung dieses Verhältnisses charakteristisch, wenn er auch durch das gleichzeitige Bestehen der Syringomyelie nicht ganz rein ist.

Die 54jährige, neuropathisch veranlagte, melancholische Frau, welche bereits früher an Kopfcongestionen gelitten hatte, erkrankte am 29. Dec. 1882 mit Kopfschmerzen, Schwindel und allgemeiner Abgeschlagenheit. Andern Tages constatirte

man allgemein, namentlich an der Wirbelsäule ausgesprochene Hyperäthesie und leichte Dilatation der l. Pupille; dabei Bronchialcatarrh. Am 31. Dec. anfallsweise stärkere Schmerzen. Gefühl grosser Schwere in den Gliedern, objectiv ein Gefühl von Spannung und Härte in der linken Wadenmuskulatur nachzuweisen. Sonst keine Motilitätsstörungen. Am 1. Januar trat vollkommene sensible, motorische und reflectorische Lähmung der untern Körperhälfte einschliesslich der Blase bis in die Nabelgegend ein. Darüber Gürtelschmerz bei mässig hyperästhetischer Haut. 2. Jan. Herpeseruption an letzterer Stelle. Nachmittags geringe Wiederherstellung des Gefühls- und Bewegungsvermögens an den gelähmten Theilen. In der Nacht Tod. — Die Section ergab ausser einem frischen flächenhaften subarachnoidealen Bluterguss an der Convexität des Hinterlappen, des r. Scheitellappens und der oberen Fläche des Kleinhirns die strotzende Erfüllung des Subarachnoidealraumes des Rückenmarkes, vom mittleren Brustmark bis zum Conus medullaris mit frischem schwarzrothem Blutcoagulum. Schnittflächen verwaschen, die Substanz quillt etwas vor. —

Gegenüber den Beschreibungen der Lehrbücher und Monographien constatirt Hitzig nicht unwesentliche Differenzen: zunächst war die Entwickelung der Krankheit nicht so plötzlich, wie behauptet wird, sondern es gingen sensible Reizsymptome von 3tägiger Dauer vorher. Dagegen war von den beschriebenen motorischen Reizerscheinungen hier keine Rede. Und statt der behaupteten Parese fand sich complete Lähmung in sensibler, motorischer und reflectorischer Hinsicht. Diese Beobachtung macht die differentielle Diagnostik der meningo-spinalen Blutung von der Myelitis zu einer noch schwierigeren. Einen Fingerzeig giebt vielleicht die bei Blutung sich ausgleichende Paraplegie. Von der subduralen und extrameningealen Blutung scheint sich die subarachnoideale Haemorrhagie durch das Fehlen der motorischen Reizerscheinungen, durch ausgesprochene Lähmungserscheinungen und von Ersterer auch wohl durch die langsamere Entwickelung zu unterscheiden.

Die bei der Section noch gefundene Höhle begann ca. 9.5 cm. oberhalb des Conus medullaris und hatte eine Länge von ca. 5.8 cm. Sie lag in dem vorderen Theil der Hinterstränge und in der grauen Commissur. Sie war auf dem Querschnitt zipflich, unregelmässig, erschien von einer Membran eingefasst, doch war ein Epithel nicht erkennbar. Der Centralcanal verhielt sich verschieden.

Ausserdem fand H. im weissen Markmantel des Dorsalmarks mehr oder minder dicke Bündel von Nervenfasern, welche, vom Hinterhorn ausgehend, eine Strecke transversal verliefen und dann in der Nähe von Gefässen in die longitudinale Richtung umbiegen oder um einen Gefässschnitt eine Schlinge bilden. Es wäre möglich, dass diese Fasern durch ein sich retrahirendes Gefäss dislocirt sind (in der Embryonalzeit). Sie scheinen auch eine besondere Neigung zum Zerfall zu haben und man könnte daran denken, dass ihr Zerfall mit der Syringomyelie in Verbindung zu bringen sei.

Eine Discussion wurde nicht eröffnet. Siemens.

(Fortsetzung folgt.)

IV. Vermischtes.

Der Verein südwestdeutscher Irrenärzte wird am 18. und 19. October in Karlsruhe seine Jahresversammlung abhalten. Baldige Anmeldungen zu Vorträgen werden erbeten von den Geschäftsführern Schüle, Illenau, und Kirn, Freiburg.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Prof. Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Professor Dr. E. Mendel

zu Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 15. October. No. 20.

Inhalt. I. **Originalmittheilungen.** Zur gynaekologischen Behandlung der Hysterie von **Flechsig** (Schluss).

II. **Referate.** Experimentelle Physiologie. 1. Ueber die Beeinflussung der elektrischen Muskel- und Nervenerregbarkeit und der Sehnenreflexe durch Arbeit und Ermüdung von **Orschanski.** — Pathologische Anatomie. 2. Cefalometria in 670 Alienati del **Peli.** — Pathologie des Nervensystems. 3. La sordità verbale od afasia sensoriale, studio clinico ed anatomo-patologico del **Sepilli.** 4. Tumeur des méninges cérébrales; Hémiplégie, aphasie intermittente par **Darier.** 5. Unilaterale temporale Hemianopsia sinistra; tumor cerebri von **Rich. Schulz.** — Psychiatrie. 6. Ueber Geistesstörungen nach Kopfverletzungen von **Hartmann.** 7. Traumatism in relation to insanity by **Brower.** 8. Le frenopatie in rapporto alla menstruazione pel **Algeri.** — Therapie. 9. Die ungleichartige therapeutische Wirkungsweise der beiden elektrischen Stromesarten und die elektro-diagnostische Gesichtsfelduntersuchung von **Engelskjön.** — Forensische Psychiatrie. 10. A plea for the treatment of criminals by **Wight.**

III. **Aus den Gesellschaften.** — IV. **Personalien.**

I. Originalmittheilungen.

Zur gynaekologischen Behandlung der Hysterie.

(Aus der Universitäts-Irrenklinik zu Leipzig.)

Von Professor **Paul Flechsig.**

(Fortsetzung und Schluss.)

Epikrise: Angesichts des geschilderten Krankheitsverlaufs wirft sich in erster Linie die Frage auf: Welchen Antheil hat an der Heilung die Castration? Dass erst mit dieser Operation eine günstige Wendung eintritt, springt ohne Weiteres in die Augen. Wie ist dies zu erklären? Hat der chirurgische Eingriff etwa psychisch gewirkt oder ist durch denselben thatsächlich die wesentlichste materielle Ursache der gesammten Krankheitserscheinungen ausgeschaltet worden? Für die erstere Deutung könnte man anführen, dass in der Literatur einestheils ein Fall[1] existirt, wo schwere Hysterie durch eine Scheincastration

[1] Israel, Berliner medicinische Gesellschaft. Sitzung vom 14. Januar 1880. Ich kenne denselben aus Erlenmeyer's Centralblatt. III. S. 53.

völlig geheilt wurde, anderentheils über mancherlei Fälle berichtet wird, wo durch psychische Einwirkungen der verschiedensten Art schwere hysterische Beschwerden mit einem Schlag verschwanden. Es würde vorschnell geurtheilt sein, wenn man unseren Fall ohne Weiteres mit den nur erwähnten in eine Kategorie verweisen wollte. Schwere Hysterie kann auf die verschiedenartigste Weise entstehen, durch psychische Schädlichkeiten, durch Erkrankungen der Sexualorgane und wahrscheinlich auch von der Erkrankung anderer Organe aus. Bezüglich des Erfolges einer therapeutischen Methode vergleichbar sind nur Fälle von gleicher Beschaffenheit, insbesondere gleicher Aetiologie. Es würde sich hieraus die Frage ergeben: Sind Fälle von schwerer, jahrelang bestehender Hysterie mit den nämlichen Veränderungen der Sexualorgane (parametritische Schwielen, Atrophie und kleincystische Degeneration der Ovarien) bekannt, welche ohne Beseitigung der letzteren ausschliesslich durch psychische Einflüsse geheilt wurden? Ich muss dies für unerwiesen halten. Dass der oben erwähnte Fall Israel hierher gehört, möchte ich bezweifeln. Denselben auf Grund des Erfolges zu unserem in Analogie zu setzen, liegt schon deshalb kein genügender Grund vor, weil in dem ersteren der Verlauf nach der „Operation" ein ganz anderer war. Bei Israel nach dem Scheineingriff 8 Tage lang stürmische, an Peritonitis erinnernde Erscheinungen, darnach (wie lange?) vollständige Heilung — in unserem Fall nach der Operation normales Verhalten, später zunächst ein Recidiv, welches allmählich ansteigt und was die nichtpsychischen Störungen anlangt, nach einer kurzdauernden Acme allmählich wieder abklingt, während die wieder auftretenden psychischen Störungen kritisch endigen. Uebrigens kann in unserem Fall von einer psychischen Wirkung wie bei Israel nicht die Rede sein, weil unsere Patientin vor wie nach der Operation völlig im Unklaren darüber blieb, worin dieselbe bestand. Es wurde absichtlich vermieden, die Patientin durch entsprechende Auseinandersetzungen zu erregen. Hierzu kommt, dass in unserem Fall die Befunde bei der Operation selbst wie eine Anzahl in der Folge auftretender Erscheinungen darauf hinweisen, dass thatsächlich die Erkrankung der Sexualorgane einen Antheil an den hysterischen Erscheinungen hatte. Es würde den Thatsachen Gewalt anthun heissen, wenn man die hochgradige Schmerzhaftigkeit der linken Ovarialgegend nicht mit der Degeneration und der Zerrung des entsprechenden Ovariums in Verbindung bringen wollte. Dass nach der Operation wieder Schmerzen auftraten, beweist nichts hiergegen. Dieselben sind auf neu auftretende entzündliche Zustände in den Beckenorganen zurückzuführen; zunächst beschränkten sie sich auf die Harnblase, bez. deren Umgebung, in welcher sich höchst wahrscheinlich eine Stauungshyperämie (Blutung am 5. und 6. Tage nach der Operation) etablirte — die hiervon abhängigen Schmerzen trugen „einen ganz anderen" Charakter als früher. Dann entwickelten sich allem Anschein nach kleine Exsudate an den Stielen, worauf einestheils wiederholte Temperatursteigerungen hinweisen, anderntheils den früher vorhanden gewesenen ähnliche Unterleibsschmerzen mit hochgradiger Druckempfindlichkeit bald der rechten, bald der linken Unterbauchgegend. (Ob die zurückgebliebenen Seiden-Ligaturen hiermit

in Verbindung zu bringen sind, muss dahingestellt bleiben.) Im October 1883 erreichen diese Störungen ihr Maximum. Das erst jetzt wieder beobachtete Auftreten einer Lähmung, welche mit einer Blutung aus der Vagina zurückgeht, illustrirt in drastischer Weise den innigen Zusammenhang zwischen den nervösen Störungen und der Unterleibsaffection. Ein auf den ersten Blick überraschendes Verhalten zeigen nun allerdings die im October wieder erscheinenden psychischen Störungen. Würden sie wie die Schmerzen, Lähmungserscheinungen, Collapse, ausschliesslich bez. direct von der Erkrankung der inneren Sexualorgane abhängig gewesen sein, so hätte man erwarten müssen, dass sie parallel jenen an Intensität zu- und abnahmen. Sie steigerten sich aber, als jene schon zurückgingen. Hier ist meines Erachtens eine ziemlich einfache Erklärung möglich. Während die Kranke bis Anfang October der festen Hoffnung gelebt hatte, dass sie alsbald geheilt sein werde, wurde sie durch das Wiederauftreten schwerer Erscheinungen auf das Heftigste enttäuscht. Dementsprechend machen auch jetzt die psychischen Anomalien zum guten Theil den Eindruck des willkürlich Gemachten („es macht ihr Vergnügen, ihre Umgebung zu quälen") und deshalb genügt auch ein psychischer Shock, wie die Isolirung in entkleidetem Zustand, um dieselben mit einem Schlag zum Verschwinden zu bringen. Ist diese Erklärung richtig, so giebt sie vielleicht überhaupt einen Schlüssel für das Verhältniss, in welchem die psychischen und sonstigen Anomalien bei Hysterischen in manchen Fällen stehen. Die ersteren würden nicht Parallel-, sondern Folgeerscheinungen der letzteren darstellen und aus diesem Grunde mit selbigen entstehen und vergehen.

Ad 2) Psychose mit hysterischen Zügen. — Fibroma uteri von Kindskopf-Grösse. — Amputatio uteri supravaginalis. — Guter Erfolg.

M. K., 43 Jahre alt, verheirathet, hat 3mal geboren, 1mal abortirt, hereditär belastet (Schwester in der Irrenklinik hier an Manie mit Erfolg behandelt). — Bereits im 17. Lebensjahr erkrankte sie psychisch in Folge (?) eines Falles auf den steinernen Fussboden, wurde deshalb $1^1/_2$ Jahr in der Prager Irrenanstalt behandelt und geheilt entlassen. — Im 32. Lebensjahr (Juli 1872) zeigt sich wieder Unruhe, nutzlose Geschäftigkeit, Neigung zum Geldverschwenden, häufiger Stimmungswechsel. Darnach (von October 1872 bis Febr. 1873) deprimirte Stimmung; dabei Metritis mit Ulcerationen am Ostium uteri externum, welche unter gynaekologischer Behandlung beseitigt werden. Nach Beendigung dieser Kur gehobene Stimmung, Ideenflucht, Gesichtshallucinationen, Grössenideen und Verworrenheit. Am 1. Juni 1873 Aufnahme in eine Irrenanstalt; hier werden constatirt: grosse Ideenflucht, Personenverwechselung, Grössenideen, Neigung zu Obscönitäten, welche unter grossen Schwankungen allmählich zurückgehen, so dass Patientin am 1. Januar 1878 geistig klar, aber noch mit mancherlei Eigenheiten behaftet in die Familie zurückkehrt. Somatisch in dieser Zeit ausser Cessatio mensium und Obstipation nichts nachweisbar, insbesondere nicht ein Tumor uteri. — Im 40. Lebensjahr acuter Gelenkrheumatismus, darnach starkes Herzklopfen (Praecordialangst?), Kur in Marienbad mit gutem Erfolg. Um diese Zeit treten auch Symptome einer Vergrösserung des Uterus hervor, aus welcher der behandelnde Arzt auf Gravidität schliesst. — Im 42. Lebensjahr (Herbst 1882) Beginn eines dritten Anfalls von Geistesstörung, angeblich in Folge eines Schrecks (Feuer im Haus). Pat. vernachlässigt die häuslichen Angelegenheiten, klagt Praecordialangst, „Kopfangst", will sterben, glaubt ihren Mann zu ruiniren. Daneben

häufige Anfälle von „Asthma", Unfähigkeit zu sprechen, „Zungenkrämpfe", hartnäckige Obstipation. Die melancholische Stimmung ist zuerst nur früh intensiver ausgeprägt, später treten die Remissionen mehr und mehr zurück, weshalb am 28. April 1884 Aufnahme in die Irrenklinik erfolgt.

Status praesens: Mittelgrosse wohlgenährte Person von 64,5 Kilo Körpergewicht. Herz etwas verbreitert nach rechts, systolischer Ton im linken Ventrikel dumpf, kein deutliches Geräusch. Unterleib stark aufgetrieben; in der rechten Unterbauchgegend eine derbe, nicht fluctuirende Geschwulst fühlbar von der Grösse des Kopfes eines einjährigen Kindes. Die bimanuelle Untersuchung lässt erkennen, dass sie dem nach links hinten gerichteten Uterus nach vorn aufsitzt und mit demselben durch einen scheinbar fingerdicken Stil zusammenhängt. Im Uebrigen keine somatischen Anomalien. Psychisch besteht starke depressive Verstimmung, Praecordialdruck; keine Wahnideen etc. Verordnung: protrahirte laue Bäder, Opium innerlich.

In der Folgezeit treten mehr und mehr melancholische Wahnideen auf (Versündigung, drohende Strafe etc.). Vom 3.—5. Mai Menses, welche in der Folge nie wiederkehren. Am 15. Mai ein ca. 10 Minuten dauernder, angeblich von completer Amnesie gefolgter Anfall maniakalischer Art mit Singen, Tanzen, sexueller Erregung (sie versucht, einer anderen weiblichen Person die Kleider aufzuknüpfen, küsst dieselbe etc.), was sich in der Folge mehrmals wiederholt. Vom 17. Mai an fällt es auf, dass Pat. die Kiefer aufeinanderpresst und oft, wenn sie sich bemüht zu sprechen, nur einzelne Silben scandirend hervorbringt oder auch vollständig unfähig ist, einen Laut zu bilden. Am 2. Juni Anfall von mimischen Gesichtskrämpfen, Trismus mit heftigem Zähneknirschen, frequenter Respiration, 120 Puls, starkem Schwitzen von $^1/_2$stündiger Dauer mit öfteren Wiederholungen. Am 5. Juni $^1/_4$ Stunde lang starke Exspirationskrämpfe mit Ausstossung sonderbarer, bellender, wimmernder, stöhnender, kreischender Laute, klonische Krämpfe der Gesichtsmuskeln, Trismus etc. (durch Bromäthyl coupirt). Den beschriebenen gleichende Anfälle wiederholen sich in der Folge oftmals einzeln oder serienweise. Die mimischen Krämpfe variiren dabei auf das Mannigfaltigste; besonders häufig fällt ein schnauzen- bez. rüsselförmiges Vorstrecken der Lippen auf, desgleichen Schütteln des Kopfes — ohne dass dabei Pat. den Eindruck macht, als ob sie von besonderen Ideen beherrscht würde. Es beginnt jetzt eine (bis 12. Sept. währende) Periode, wo Pat. die Nahrung hartnäckig verweigert, sich zu entkleiden strebt, ihre Kleider und andere Objecte zerstört, aggressiv wird gegen ihre Umgebung, Koth und Urin unter sich gehen lässt, mit Koth schmiert, oft in den gemeinsten Ausdrücken scheltet, zwischen hinein auch sehr zärtlich wird gegen die Aerzte. Zuweilen treten kurz dauernde Remissionen auf, während deren die Kranke ruhiger ist und nur ängstliche Verstimmung erkennen lässt. Sie wird öfter mit der Schlundsonde gefüttert, da sie erheblich an Gewicht verliert; hiernach sowie bei der Application von Clysmen treten fast regelmässig Serien besonders heftiger Anfälle von mimischen Krämpfen, Trismus etc. hervor. Trotz der künstlichen Fütterung, welche häufig durch den Trismus sehr erschwert wird, tritt mehr und mehr ein kachectisches Aussehen hervor, so dass der Verdacht nahe gelegt wird, der Uterus-Tumor könne einen malignen Charakter besitzen. Bis 12. September hat Pat. ca. 17 Kilo, d. h. mehr als $^1/_4$ des Gewichts verloren, welches sie beim Eintritt in die Klinik zeigte. Der Tumor hingegen nimmt anscheinend an Grösse zu.

Es warf sich nun zunächst die Frage auf, in wiefern dem fraglichen Tumor ein Antheil an dem Krankheitsbild, insbesondere an dem raschen körperlichen Verfall zukomme. Dass der gesammte nervöse, bez. psychische Symptomencomplex von der Geschwulst abhänge, war von vornherein auszuschliessen. Pat. war ja bereits früher 2mal an Geistesstörung erkrankt gewesen, bevor noch

irgend etwas vom Tumor zu bemerken war; bei der offenbar vorhandenen Praedisposition konnte ein heftiger Schreck als hinreichender Grund für Entstehung des 3. Anfalls angesehen werden. Nichtsdestoweniger konnte der Tumor doch einen wesentlichen Antheil an gewissen Einzelerscheinungen haben — und hier schienen mir ganz besonders in Betracht zu kommen die mimischen Krämpfe, der Trismus, die Exspirationskrämpfe. Einestheils glichen dieselben vielfach Anfällen, wie sie in dem sub 1 beschriebenen Falle vorhanden waren, anderntheils hatte ich ähnliche Zustände wiederholt bei Puerperalpsychosen[1] beobachtet. Ueberdies waren die fraglichen Erscheinungen bei dem 2. Anfall von Geistesstörung, wo der Tumor noch nicht existirte oder wenigstens nur sehr geringe Dimensionen besass, nicht beobachtet worden; und endlich traten bei jeder Erhöhung des intraabdominellen Druckes durch Einführung von Speisen bez. Application von Clysmen die Krampfanfälle besonders intensiv und anhaltend hervor. Allerdings war auch die Möglichkeit zu berücksichtigen, dass sie mit psychischen Vorgängen, z. B. hypochondrischen Wahnvorstellungen, Affecten etc. zusammenhingen. — Die hochgradige Abmagerung konnte sehr wohl ausschliesslich auf die Hirnerkrankung bezogen werden, da ja bekanntlich z. B. beim uncomplicirten circulären Irresein häufig ein gleiches Verhalten des Körpergewichts sich zeigt. Dem Tumor einen bestimmten Antheil an dieser Erscheinung zuzuschreiben, war somit nicht unbedingt geboten; doch blieb immer die Möglichkeit offen, dass der Tumor maligner Natur war, bez. dass die Umwandlung einer an sich gutartigen Geschwulst in eine maligne Form vorlag. Auch wirkte dieselbe offenbar hochgradig störend auf die Defäcation und hierin musste eine ungünstige Rückwirkung auf Magen und Dünndarm etc. gegeben sein. Da nun die Geschwulst überdies anscheinend im Wachsthum begriffen war, sich somit die von ihr abhängigen Störungen zu steigern drohten, der immer häufiger auftretende Trismus auch die künstliche Ernährung sehr erschwerte, somit zu erwarten war, dass die Kranke mehr und mehr herunterkommen würde, so wurde die Exstirpation in Erwägung gezogen. Zur Vornahme derselben ermuthigte der Umstand, dass die in der Chloroformnarkose vorgenommene Untersuchung vom Rectum aus bez. mittelst der Sonde ein subseröses, schmal gestieltes Myom oder Myo-Sarcom erwarten liess, Gründe zur Annahme von Adhäsionen aber nicht existirten. Einige Bedenken bezüglich des günstigen Verlaufs der Heilung erregte allerdings der tobsüchtige Zustand der Kranken, insbesondere ihre hochgradige Unreinlichkeit; indess durfte man hoffen, durch einen sehr fest construirten Verband und zahlreiches zuverlässiges Wartepersonal dieser Gefahr zu begegnen.

Am 12. September wurde denn auch die Operation ausgeführt; vorher war unter stetem Widerstand der Kranken versucht worden, die Bauchhaut aseptisch zu machen, was indess nur unbefriedigend gelang, da sie die Carbolcompressen abriss und jede Gelegenheit benützte, um sich wieder zu besudeln. Die Vagina war am Abend zuvor mit 5 % Carbolsäure ausgespült und mit Jodoform-Gaze

[1] Bei hallucinatorischem Irresein — in der Literatur finde ich diese in mancher Hinsicht der Chorea, bez. der Rinden-Epilepsie gleichenden Krampfanfälle zu meiner Ueberraschung nicht beschrieben; ich werde bei einer anderen Gelegenheit näher auf sie eingehen.

tamponirt worden. — Die Narkose mit Chloral-Chloroform verlief ungestört. Was die Operation selbst anbelangt, so hat Hr. Dr. Sänger die Güte gehabt, mir folgende Notizen zur Verfügung zu stellen.

„Bauchschnitt in der Linea alba. Peritoneum sehr verschieblich, Subserosium sehr locker und fettarm. Nach Eröffnung der Bauchhöhle gewahrte man nur ein kleines Segment der Geschwulst. Die Untersuchung mit der vollen Hand ergab, dass sie grösstentheils in das kleine Becken hinabgetreten war. Die Herausförderung von der Bauchhöhle her allein gelang nicht. Nach Emporschiebung von der Scheide her durch einen Assistenten konnte die Geschwulst dann mit einem Ruck nach Aussen gebracht werden. Nun zeigte sich, dass der Tumor ein kindskopfgrosses, fast rundes, dem Fundus uteri nach vorn zu aufsitzendes, interstitiell-subseröses Myom darstellte, wozu das Corpus uteri gewissermaassen den Stiel abgab. Die Adnexe sassen in symmetrischer Weise seitwärts der unteren Halbrundung des Tumor.

Es wurde zur Amputation geschritten. Für die Enucleation nach A. Martin erschien der Tumor zu gross und war auch zu besorgen, dass seine Hülle zu dünn sei, sowie dass die Uterushöhle in grosser Ausdehnung freigelegt würde.

Nach Emporschiebung der Adnexe Umlegung einer Gummischnur von 2 mm Dicke etwa um die Mitte des Corpus uteri. Die abschnürende Bleiklemme sprang und die elastische Ligatur löste sich. Eine zweite solche, 2 Mal vollständig herumgeführt, dabei aber nicht ad maximum angezogen, hielt: Schluss durch einen doppelten Knoten und Bleiring. Nun oberhalb der elastischen Ligatur Umstechung der Lig. lata sammt Vasa spermatica, Ligatur mit stärkster Seide. Absetzung des Tumor ca. 6 cm oberhalb der elastischen Ligatur unter Aufsaugung des Blutes durch ringsum angedrückte Schwämme. Stumpf vollkommen blutleer. Die eröffnete und klaffende Uterushöhle hatte einen Durchmesser von ca. $1^1/_2$ cm. Verkleinerung des Stumpfes durch Ausschneidung, doch mit Erhaltung des Peritoneum. Uterushöhle schliesslich nur noch vom Caliber eines gewöhnlichen Bleistifts. Desinfection derselben mit Carbol $10^0/_0$. Füllung mit Pulvis jodoformi. Auch die Stumpffläche wurde schwach mit Jodoform eingerieben. Dann unter tiefer Einfalzung des Peritoneum symperitoneale Naht des Stumpfes mit 15 Seidensuturen.

Die mit dem Tumor noch nicht entfernten Uterusadnexe wurden jetzt besonders abgetragen, die Lig. lata durch einige Ligaturen noch weiter zusammengerafft und mit dem Pacquelin gebrannt. Stumpf ganz trocken, von rosiger Färbung. Einreibung der Nahtreihe und der seitlichen Stümpfe mit Jodoform. Toilette der Bauchhöhle kaum nöthig. Versenkung des symperitoneal vernähten Stumpfes mit sammt der elastischen Ligatur und der Bleiklemme. Naht der Bauchwunde mit 5 tiefen Silber-Plattennähten und oberflächlichen Seidennähten. Länge des ein wenig über dem Nabel nach links verlängerten Bauchschnittes ca. 15 cm. — Auf die Bauchwunde Jodoform und Listergaze. Salicylwatte — Compressionsverband."

Nach dem Erwachen aus der $2^1/_2$ Stunden währenden Narkose, welche ausser einmaligem Erbrechen von etwas Schleim keine üblen Folgen hatte, war Pat.

zunächst ruhig und freundlich. Sie antwortet klar und zusammenhängend auf Fragen und bietet einen Zustand psychischer Norm dar, wie er seit Langem nicht beobachtet worden war. Doch währt dies nur ca. 12 Stunden. In der Nacht zum 13. Sept. wird sie heftig erregt, fordert die Entfernung des Verbandes und sucht, als man ihr nicht willfährt, es selbst auszuführen. Sie wird in Folge dessen an den Händen gefesselt und von Wärterinnen gehalten. Nichtsdestoweniger gelingt es ihr durch ununterbrochene Bewegungen mit dem Rumpf den Verband so zu lockern, dass man die Bauchwunde oberhalb des Mons Veneris blossliegen sieht. Es wird deshalb der Verband durch weitere Gazebinden und eine 16 cm breite Gummibinde, welche in mehrfachen Touren umgelegt wird, geschützt. Trotzdem gelingt es ihr, dann und wann mit der Hand von oben am Verband zu reissen und die Wunde zu insultiren. Bei energischerem Widerstand lässt sie Koth und Urin unter sich gehen, spuckt den Aerzten in's Gesicht, sucht zu beissen, so dass die sehr häufig sich nothwendig machenden partiellen, bez. totalen Erneuerungen des Verbandes nur in der Chloroformnarkose möglich sind. Die Wundheilung verlief dabei ohne alle Fiebererscheinungen, die Temperatur in der Achselhöhle erreichte nur einmal 37,8 und hielt sich sonst meist unter 37,5, die Pulsfrequenz erreichte nur selten 92 Schläge, meist hielt sie sich um ca. 88. Am 7. Tage nach der Operation tritt zum erstenmal wieder Trismus auf, der in der Folge öfter, wenn auch seltener als vor der Operation wiederkehrt, während die Exspirations- und mimischen Krämpfe nicht wieder beobachtet werden. Am 11. Tage vollständiger Verbandwechsel, wobei sich ergiebt, dass die Bauchwunde vom Mons veneris bis zum Nabel keinerlei Entzündungserscheinungen darbietet, während der oberhalb des letzteren gelegene Theil geröthet und schmerzhaft erscheint; dieser Theil gelangt denn auch erst circa 5 Wochen nach der Operation unter Collodium-Heftpflaster-Verband völlig zur Heilung, während der untere bereits in der 4. Woche vollständig vernarbt. Bis Ende der 4. Woche besteht Obstipation, welche von da an nicht mehr in auffälliger Weise wiederkehrt. Vom Ende der 4. Woche an (bis gegen die 21. Woche während) starke Kolpitis mit übelriechendem dickflüssigem Secret, ohne dass Pat. seitens des Unterleibs über irgend welche Beschwerden klagt oder auf andere Weise Zeichen solcher (z. B. Schmerzen) kundgiebt. Von derselben Zeit an Zunahme des Körpergewichts,[1] welche in ca. 6 Wochen insgesammt 3 Kilo beträgt.

Was den psychischen Zustand anlangt, so treten ausser den bereits erwähnten Erscheinungen nach dem 10. Tage wieder Nahrungsverweigerung, rücksichtsloses Sichentblössen mit Zerstörungstrieb, Kothschmieren hervor; stundenlang singt Pat. Couplets, tanzt oder zeigt hochgradige sexuelle Erregung (sie legt sich auf den Rücken, zieht die im Knie gebeugten und gespreizten Beine an den Leib, klopft sich die Glutaei mit der flachen Hand, entleert den Urin in weitem Strahl, zeigt dabei erotischen Gesichtsausdruck u. s. w.) und macht Angriffe auf ihre Umgebung. Während bis zur 8. Woche

[1] Das Verhalten desselben unmittelbar nach der Operation konnte leider nicht festgestellt werden. Der Gewichtsverlust durch die Entfernung des Tumor und das nachfolgende übliche Fasten mag etwa 5 Kilo betragen haben.

nach der Operation diese Erscheinungen in grösseren, $^1/_2$ bis 1 Woche dauernden Intervallen auftreten und Pat. während der entsprechenden Remissionen vielfach ein annähernd normales Verhalten zeigt, sind von der 8.—14. Woche anhaltende, nur von kurzen Remissionen unterbrochene Störungen vorhanden. Sie nimmt jetzt oft längere Zeit hindurch eigenthümliche, vorher nicht beobachtete Stellungen an, welche auf das Bestehen hypochondrischer Wahnideen hindeuten. Stundenlang steht sie auf einer Stelle mit stark eingezogenem Unterleib, den Thorax in tiefster Inspirationsstellung, das Kinn an das Sternum angepresst u. dergl. m. Sie äussert, sie habe nur noch ein Kinn, einen ganz kleinen Unterleib und ein paar Beine. In lichteren Momenten äussert sie sich entrüstet über die Entstellung ihres Leibes durch die (allerdings theilweise im Zickzack verlaufende) Operationsnarbe, beklagt ihre verlorene Schönheit und sucht sich deshalb an den Aerzten durch Beissen u. s. w. zu rächen. Mit Ende der 14. Woche (16. Dec.) beginnen wieder längere Remissionen, welche an Dauer und Tiefe mehr und mehr zunehmen. Die maniakalischen Zustände mit obscönem Gebahren, die Unreinlichkeit u. s. w. verschwinden zuerst; sie ist schliesslich nur noch zeitweise aggressiv und renitent; die Anfälle von Trismus treten seltener und in geringerer Intensität auf. Das in der 10.—15. Woche wieder etwas (um $1^1/_2$ Kilo) gesunkene Körpergewicht nimmt wieder constant zu und zwar binnen 8 Wochen um 8 Kilo. In der 21. Woche nach der Operation (1. Febr. 1884) sind die krankhaften Erscheinungen seitens des Nervensystems im Wesentlichen verschwunden. Pat. kehrt am 3. März geheilt in die Familie zurück. Bis zum 16. September, wo ich sie zum letzten Male sah, hat sie sich andauernd wohl befunden, nur war sie zeitweise etwas eigensinnig und zeigte zuweilen Zähneknirschen, wobei es sich indess nicht sowohl um wirkliche Krampfanfälle, sondern um eine willkürlich unterdrückbare Angewohnheit handelt. Das Gedächtniss und die Urtheilskraft erscheinen nicht geschädigt, sie benimmt sich zu Hause wie im Verkehr mit Anderen angeblich correct, ist auch sehr dankbar für die Beseitigung der Geschwulst. Ihr Ernährungszustand ist ein guter; klimakterische Beschwerden wie congestive Erscheinungen u. dgl. m. sind nicht beobachtet worden. — Die bimanuelle Untersuchung der Sexualorgane am 15. Mai ergab Folgendes: Der Uterusstumpf ist so vollkommen beweglich, dass ein Unkundiger ihn für einen normalen Uterus halten könnte. Es besteht mässiger Fluor, von einem unbedeutenden Cervicalcatarrh herrührend — sonst keinerlei Beschwerden seitens des Unterleibs.

Epikrise: Der vorstehende Fall, welcher schon insofern von nicht gewöhnlichem Interesse ist, als er zeigt, wie schwere operative Eingriffe, die nöthige Sorgfalt vorausgesetzt, bei tobsüchtigen, unreinlichen Kranken mit Erfolg vorgenommen werden können, fordert die Kritik in mehrfacher Hinsicht heraus. Hat die Operation der Kranken einen Nutzen gebracht, der im Verhältniss steht zu der damit verbundenen Gefahr? Dass der Tumor bei weiterem Wachsen Incarcerationserscheinungen hervorgebracht haben würde, ist nach dem Befund bei der Operation kaum zu bezweifeln. Bei der beträchtlichen Grösse war die Möglichkeit einer Verkleinerung auf nichtoperativem Wege durchaus problema-

tisch; viel Zeit zu Experimenten dieser Art war sicher nicht vorhanden, auf eine baldige spontane Besserung der Psychose zu hoffen erschien unmotivirt. Ich muss deshalb die Vornahme der Operation für hinreichend motivirt halten. Sie wurde hauptsächlich unternommen, um dem fortschreitenden physischen Marasmus ein Ziel zu setzen, ein directer Einfluss auf die Psychose wurde nicht als wahrscheinlich angenommen. Erstere Absicht wurde erreicht, da Pat. wenigstens in der 4. Woche nach der Operation wieder eine Zunahme des Körpergewichtes zeigte, welche bis auf eine unerhebliche kurze Unterbrechung bis zur Genesung fortdauerte. Offenbar wurde aber auch der psychische Zustand günstig durch die Operation beeinflusst. Denn nicht nur, dass unmittelbar nachher eine bis fast zur Norm gehende Remission auftrat, so währte es 7 Wochen, bis die psychischen Störungen wieder die Höhe wie vor der Operation erreichten. Diese Erscheinungen auf rein psychischem Wege deuten zu wollen, würde durchaus willkürlich sein. Die Kranke konnte sich weder vor der Operation irgend eine Vorstellung davon machen, was mit ihr vorgenommen werden sollte, noch erfuhr sie unmittelbar nachher etwas Bestimmtes. Der Verband, weit entfernt ihre Stimmung günstig zu beeinflussen, irritirte sie nur. Es bleibt so nur die Deutung übrig, dass die Operation auf rein somatischem Wege günstig wirkte. Man könnte hier daran denken, dass die ohne irgend erheblichen Blutverlust erfolgte Ausschaltung eines grösseren Gefässgebietes eine erhöhte Blutzufuhr nach dem Gehirn zur Folge hatte; jedoch lässt sich hiergegen mancherlei einwenden. Es ist auch möglich, dass die stundenlange, tiefe Chloroformnarkose die Erregbarkeit des Gehirns modificirte — ein Gesichtspunkt, der mir im Hinblick auf manche andere Erfahrungen der näheren Verfolgung werth erscheint. Der Umstand, dass die Gesammtdauer der Psychose die gleiche war, wie die des 1. und 2. Anfalles, wird kaum als ein Beweis für die Wirkungslosigkeit der Operation angeführt werden können, da ja bei dem 3. Anfall die Chancen für die Heilung durch die Geschwulst herabgesetzt waren. Auch ist bei der Würdigung des Recidivs nach der Operation ein Moment nicht ausser Acht zu lassen, welches den in der Entfernung der Geschwulst gegebenen günstigen Einfluss nicht rein zur Geltung kommen liess, nämlich das Vorhandensein der elastischen Ligatur, welche zur Vermeidung einer Nachblutung in der Bauchhöhle zurückgeblieben ist. Hierdurch musste es einestheils zu Stauungen in dem zurückgebliebenen Theil der Beckenorgane kommen, worauf wohl die Kolpitis zu beziehen ist, anderntheils zu einer mechanischen Reizung der im Stil eingeschlossenen Nerven: Schädlichkeiten, die längerer Zeit zum Ausgleich bedurften und zu mancherlei Einzelerscheinungen des Recidivs (das längere Persistiren vor Trismus, die hochgradige sexuelle Erregung, manche impulsive Handlungen) in Beziehung gebracht werden können.

3) Hystero-Epilepsie. — Stenose des Orificium externum uteri. — Blutige Dilatation. — Heilung.

T. F., 18 Jahre alt, hereditär nicht belastet, leidet seit Eintritt der Menstruation, welcher vor mehreren Jahren erfolgte (Termin nicht genau bekannt), an Krampfanfällen, die sich vor und während jeder Blutung in grösserer Anzahl einstellen, in

der Zwischenzeit aber seltener sind; gleichzeitig meist heftige Kreuzschmerzen, Erbrechen, Retentio urinae u. A. m. Dabei ist sie anhaltend matt, appetitlos, neigt zu Obstipation, schläft unruhig, hat auch manchmal Angstzustände. Sie consultirt einen bekannten Gynaekologen, welcher eine Stenose des Orificium externum uteri constatirt, wiederholt Dilatationsversuche auf unblutigem Wege vornimmt und später die Kranke in ein Stahlbad schickt. Trotzdem die dysmenorrhöischen Beschwerden geringer werden, bleiben die Krampfanfälle und nehmen sogar angeblich an Häufigkeit zu. Am 27. October 1883 Aufnahme in die Irrenklinik (nicht wegen Geistesstörung, sondern nur zur Behandlung der Krampfanfälle).

Status praesens: Untermittelgrosses, vollentwickeltes Mädchen von 54 Kilo Körpergewicht, mit blasser Gesichtsfarbe. Abgesehen von den Genitalien durchaus normale Organe, keine Degenerationszeichen. Von nervösen Störungen klagt sie Druckgefühle und blitzartig durchschiessende Schmerzen im Kopf, Kribbeln in den Händen. Psychisch fällt nur ein etwas erotischer Gesichtsausdruck auf. — Die Untersuchung mit dem Speculum lässt eine hochgradige Verengerung des äusseren Muttermundes erkennen, sowie reichlichen dünnflüssigen Fluor.

Kurz nach der Aufnahme hystero-epileptischer Anfall: Beginn mit jauchzenden Inspirationen, darnach tonische Krämpfe des Rumpfes und der Extremitäten, hochgradiger Opisthotonus. Der Zustand des Sensoriums entspricht einer mässig tiefen Hypnose. In der Folgezeit fast jeden Tag ein oder mehrere Anfälle, welche auf die gleiche Weise beginnen, wie der eben erwähnte; meist schliesst sich an das tetanische Stadium eine Serie klonischer Zuckungen, es werden heftige schnellende Bewegungen des Rumpfes ausgeführt, sodass die Kranke im Bette hochemporgeschleudert wird, dazwischen stürmische Rollbewegung um die Längsaxe. Sensorium mässig benommen, Sensibilität allenthalben erhalten. Pat. ist während des Anfalls bestrebt, Entblössungen zu verhindern. Die Anfälle treten besonders beim Anblick von Männern auf. Pat. masturbirt und spricht häufig in Damengesellschaft von sexuellen Dingen in cynischer Weise. Vom 11.—19. Nov. Natr. brom. 3mal täglich 2,5 Gr.

Am 17. Novbr. blutige Dilatation des äusseren Muttermundes mit Kreuzschnitt und Exstirpation einzelner keilförmiger Stücke der Cervixwand. — Quellbougie. — Tampon von Jodoformgaze. — Antiseptische Behandlung.

In der Folge noch 3 Anfälle (am 17. und 19. Nov. und 12. Dec.), an welch' letzterem Tage die Menstruation völlig schmerzlos eintritt.

Vom 19. November an häufig Kreuzschmerzen, Schmerzen in der Blasengegend, Incontinentia urinae, Erbrechen, Obstipation, Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, welche allmählich abnehmen und gegen 8. Januar 1884 verschwinden. Das erotische Wesen tritt mehr und mehr zurück Von Ende November an Ausspülung der Scheide mit Kali hypermang. 1,0/1000, täglich ein prolongirtes Sitzbad.

Am 24. Dec. ist Pat. sehr deprimirt, behauptet von den Aerzten und anderen Personen ihrer Umgebung verachtet zu werden, will beschimpfende Worte gehört haben, äussert Selbstmordideen. Dieser Depressionszustand ist höchst wahrscheinlich auf eine Bemerkung ihres Vaters, dass sie in der Anstalt für „mannstoll" gelte, zurückzuführen, also auf psychische Einflüsse, welche mit der vorgenommenen Operation keinen Zusammenhang haben; er klingt bis zum 8. Januar allmählich ab.

Am 23. Jan. wird Pat. völlig geheilt entlassen; sie hat ein blühendes Aussehen und 4 Kilo an Gewicht zugenommen. Die Heilung hat bis jetzt (September) angehalten.

Epikrise: Ich habe den vorliegenden Fall nur angeführt im Hinblick auf die ablehnende Haltung, welche zahlreiche Psychiater der gynaekologischen Behandlung der Neurosen gegenüber einnehmen. Die Misserfolge der zuerst angewandten Methode hätten leicht dazu führen können, diesen Fall als Beleg für die Verwerflichkeit gynaekologischer Eingriffe bei erotischen Hysterischen zu be-

nutzen —, während er thatsächlich das Gegentheil beweist. Es wird eben vor Allem auf die Wahl der richtigen Methode ankommen.

Allgemeine Bemerkungen.

Die Verhandlungen der gynaekologischen Section des letzten internationalen medicinischen Congresses zeigen zur Genüge, dass gegenwärtig die Ansichten über den Werth der Castration als Mittel gegen Neurosen und Psychosen unter den Gynaekologen noch erheblich variiren, während seitens der Psychiater diese Frage, wie mir scheint, überhaupt noch nicht erörtert worden ist. Die diesbezüglichen Erfahrungen sind offenbar noch zu spärlich, die kritische Würdigung negativer wie positiver Resultate zu schwierig, als dass sich ein definitives Urtheil gewinnen liesse. Bei Psychosen speciell ist die Castration[1] bisher, wenn man die gesammte internationale Literatur mit Einschluss der mündlichen Mittheilungen auf besagtem Congress herbeizieht, kaum ein Dutzendmal angewandt worden, wovon beachtenswerther Weise auf Deutschland nur 2 Fälle kommen. Ueber Fälle mit vollständigem Heilerfolg berichten: Hegar (1mal), Franzolini (1mal, indess ist hier die Beobachtungszeit — $3^1/_2$ Wochen — zu kurz, um ein definitives Urtheil zu gestatten), Goodell (1mal); über Besserungen Tauffers (1mal), Goodell (2mal); über einfach negativen Erfolg ohne Verschlimmerung Olshausen (1mal); über Verschlimmerung der Psychose nach bez. in Folge der Operation Tauffers (1mal), Lee (1mal), Priestley (1mal). Also im Ganzen liegen 10 Fälle vor, von welchen 3 (2?) Heilung, 3 Besserung, 1 keine Veränderung, 3 Verschlimmerung im Gefolge hatten. Sieht man also ab von den Fällen ohne entschiedenen Erfolg, so halten sich die guten und die schlechten Resultate ungefähr die Wage. Wenn man hieraus folgern wollte, dass in der Castration als solcher ein Moment gegeben sei, welches leicht die Integrität des Gehirns, insbesondere Geisteskranker tief schädigen könne, so sprechen meine oben angeführten Fälle (ich glaube Nr. 2, wo neben dem Uterus ja auch die Ovarien entfernt wurden, hier auch in Betracht ziehen zu dürfen) entschieden dagegen. Es ist von mir auch nicht eine einzige Erscheinung beobachtet worden, welche auf einen irgendwie ungünstigen Einfluss der Operation auf das Gehirnleben der Kranken hindeutete; es sind bezüglich der cerebralen Funktionen nur günstige Wirkungen hervorgetreten. Dieses Resultat erscheint mir sehr beachtenswerth. Es ermuthigt auf die Fälle mit gutem Resultat mehr Gewicht zu legen, als auf jene mit positiv schlechtem. Bei letzteren ist allem Anschein nach die Operation unter falschen Voraussetzungen unternommen oder unzweckmässig ausgeführt worden, was ja bei den erst noch empirisch festzustellenden Indicationen der Castration als Mittel gegen Psychosen bez. Neurosen nicht zu verwundern ist. — Da man nach unseren Erfahrungen in der Mehrzahl der Fälle auf ein Recidiv der Psychose nach der Operation zu rechnen hat, so springt die Wichtigkeit einer zweckmässigen Nachbehandlung ohne Weiteres in die Augen. In unseren zwei Fällen betrug die Dauer

[1] Die Fälle von einseitiger Ovariotomie in Folge grosser Geschwülste übergehe ich, da sie kaum vergleichbar sind der eigentlichen Castration.

der Recidive (zufällig?) übereinstimmend 20 Wochen. Es wird natürlich von der speciellen Beschaffenheit des einzelnen Falles abhängen, ob und in welcher Dauer, Intensität u. s. w. Recidive auftreten. Unmittelbar nach der Operation ein Verschwinden aller nervösen Störungen mit einem Schlag zu erwarten, bez. diesen Erfolg als Kriterium für die Berechtigung der Operation hinzustellen, erscheint für chronische Psychosen bez. Neurosen, man kann wohl sagen von vornherein durchaus unbegründet. Man wird aber auch bei jeder neuauftretenden, bez. wiederkehrenden nervösen Störung sorgfältig zu prüfen haben, ob es sich um die ursprüngliche, oder eine durch Einführung irgend welcher neuen (z. B. in der Operationsmethode gelegenen und deshalb eventuell vermeidbaren) Schädlichkeiten bedingte neue Erkrankung des Nervensystems handelt.

Ich zweifle nicht, dass es so gelingen wird, die Indicationen für die Castration als Mittel gegen Neurosen und Psychosen mit jener Schärfe zu entwickeln, welche gegenüber einer trotz aller technischen Fortschritte immerhin nicht unbedenklichen Operation unerlässlich erscheint. Dass in dieser Beziehung schon recht beachtenswerthe Grundlagen geschaffen sind, scheint mir aus den Ausführungen insbesondere Hegar's beim Kopenhagener Congresse zur Evidenz hervorzugehen. Eine gewisse Schwierigkeit für eine baldige Lösung der in Betracht kommenden Fragen ist allerdings darin gegeben, dass jeder einzelne Krankheitsfall, besonders wo es sich um subtile Erkrankungen der Sexualorgane bez. complicirtere psychische Störungen handelt, nur durch das Zusammenwirken eines in technisch-diagnostischer Hinsicht auf der Höhe stehenden Gynaekologen mit dem Neuropathologen bez. Psychiater allseitig die richtige Würdigung finden kann. — Was speciell Psychosen anlangt, so ist es vorläufig noch nicht möglich anzugeben, ob irgend welche typischen Symptomencomplexe sich zur operativen Behandlung eignen. In den vorliegenden mit günstigem Erfolg verlaufenen Fällen handelte es sich um melancholische, maniakalische, leichte paranoische Zustände, sowie um leichtere Grade von Schwachsein, also um Zustände, welche an sich einer Heilung leichter fähig sind. Von grösster Wichtigeit würde es selbstverständlich sein, wenn auch der progressiven psychischen Degeneration Hysterischer in ihren schwereren Formen durch die Castration Einhalt geboten werden könnte. Dass man hier wie bei jeder einzelnen hysterischen Erscheinung nicht alle Fälle über einen Leisten scheeren darf, liegt auf der Hand. Ein Theil derselben hat meiner Ueberzeugung nach sicher Beziehungen zu Erkrankungen der Sexualorgane, wenn auch in sehr verschiedener Weise, so dass auch bezüglich einer gewissen Kategorie dieser Fälle der Nutzen einer operativen Behandlung der hier allein ausschlaggebenden empirischen Prüfung unterzogen zu werden verdient.

II. Referate.

Experimentelle Physiologie.

1) **Ueber die Beeinflussung der elektrischen Muskel- und Nervenerregbarkeit und der Sehnenreflexe durch Arbeit und Ermüdung** von Orschanski. (Wratsch. 1884. Nr. 31. Russisch.)

Verf. stellte an gesunden Personen Versuche in der Weise an, dass mit der Hand oder dem Fuss eine gewisse Zeit lang — bis zur Ermüdung — ein Gewicht gehalten oder gehoben wurde. Während und nach der Arbeitsleistung wurde die elektrische Erregbarkeit der betreffenden Nerven und Muskeln und das Verhalten der Sehnenreflexe geprüft. Es ergaben sich hierbei folgende Resultate:

Die galvanische sowohl, als faradische Erregbarkeit des Nerven und Muskels steigt im Anfang der Arbeitsleistung, und sinkt bei zunehmender Ermüdung allmählich und bedeutend herab. Bei Personen mit kräftiger Musculatur hält die erste Phase längere Zeit an, bei schwachen Subjecten tritt die Herabsetzung der Erregbarkeit rasch ein. Obgleich die Erregbarkeitsveränderungen für beide Stromesarten im Allgemeinen parallel verlaufen, kommen doch zuweilen solche Combinationen vor, die an Entartungsreaction erinnern. Am Nerven stellt sich die Veränderung, besonders die Herabsetzung, schneller ein, als am Muskel. Die Wiederherstellung der normalen Erregbarkeitsverhältnisse erfolgt am Nerven ziemlich schnell, am Muskel ziemlich langsam, und wird durch Galvanisation beschleunigt.

Die Sehnenreflexe sind im Anfang der Arbeitsleistung gesteigert, und nehmen bei Ermüdung an Stärke ab. Falls letztere so heftig ist, dass der Fuss in deutlich ausgeprägtes Zittern geräth, so können die Sehnenreflexe vollständig verschwinden. Die Veränderung der Sehnenreflexe steht in keinem bestimmten Verhältniss zu derjenigen der elektrischen Muskelerregbarkeit. Die Restitution des normalen Verhaltens der Sehnenreflexe erfolgt ziemlich schnell. Verf. glaubt aus dem geschilderten Verhalten der Sehnenreflexe schliessen zu dürfen, dass das sogenannte Kniephänomen nicht reflectorischen Ursprungs sei, sondern im Sinne Westphal's durch den Zustand des Muskeltonus bedingt werde. P. Rosenbach.

Pathologische Anatomie.

2) **Cefalometria in 670 Alienati** del dott. G. Peli. (Archiv. ital. per le mal. nervose etc. 1884. XXI. p. 214.)

Peli hat sich der Mühe unterzogen und 670 Irre aus der Anstalt zu Bologna (348 Männer und 322 Frauen) in Bezug auf ihre Schädeldimensionen gemessen. Auf die Einzelheiten dieser werthvollen Arbeit kann hier nicht eingegangen werden, doch sei zunächst erwähnt, dass auch Peli zu dem a priori unerwarteten Resultat gelangt ist, dass die Irrenschädel im Allgemeinen geräumiger sind, als die Normalschädel, wie es Meynert, Amadei und Ref. ebenfalls gefunden haben.

Die Geschlechtsdifferenzen sind am Irrenschädel und besonders bei den hereditär belasteten Individuen deutlicher als beim Normalschädel; kleinere Anomalien der Schädelform, wie asymmetrische Bildungen, hydrocephale und rachitische Residuen etc., finden sich nur bei 12,5 % der normalen Individuen, aber bei 42,7 der Irren und gar bei 64,3 % der hereditär belasteten Irren, von Männern der letzten Kategorie sogar bei 88,5 %. Sehr übersichtlich ist die Zusammenstellung der Resultate in graphischer Methode. Sommer.

---

3) **La sordità verbale od afasia sensoriale. Studio clinico ed anatomo-patologico** del dott. G. Seppilli. (Rivist. speriment. di freniatr. etc. 1884. X. p. 94—125.)

Verf., der selbst zwei neue Beobachtungen über Worttaubheit (sensorische Aphasie Wernicke's) ausführlich mittheilt, stellt dann sämmtliche bisher bekannt gewordene Fälle dieser eigenthümlichen Unfähigkeit, den Sinn ganz richtig percipirter Worte zu verstehen, tabellarisch zusammen. Mit den seinigen hat er 22 Krankengeschichten verwerthet; in Bezug auf die klinischen Einzelheiten muss natürlich auf das Original verwiesen werden. In 5 Fällen ist der Sectionsbefund nicht angegeben; für die pathologisch-anatomische Betrachtung bleiben also 17 Fälle, und aus deren Analyse ergiebt sich das höchst interessante Resultat, dass allemal eine Erkrankung der 1. Schläfenwindung (T_1) des linken Schläfenlappens gefunden worden war, und dass fast in $^3/_4$ aller Fälle auch die 2. Schläfenwindung erkrankt war (12mal unter 17 Fällen). Keinmal fand sich eine isolirte Erkrankung des rechten Schläfenlappens.

Bei der Wichtigkeit dieser Ergebnisse sei es gestattet, hier noch eine kurze Zusammenstellung über die überhaupt in den 17 Hirnbefunden enthaltenen Einzelheiten mitzutheilen. In den 17 Gehirnen, deren Träger an Worttaubheit gelitten hatten, fand sich eine Erkrankung von

T_1	l. 15mal,	r. 0mal,	beid. 2mal	= 17mal
T_2	10	0	2	= 12
T_3	0	0	1	= 1
I	5	0	0	= 5
F_3	4	0	0	= 4
F_2	2	0	0	= 2
F_1	2	0	0	= 2
A	3	0	0	= 3
B	0	0	0	= 0
P_2	5	1	0	= 6
P_2'	2	1	0	= 3
O_1—O_3	2	0	1	= 3

(Die Bezeichnungen der einzelnen Windungen sind nach Ecker's Schema gegeben.)

Sommer.

---

4) **Tumeur des méninges cérébrales. — (Sarcome angiolithique.) — Hémiplégie, aphasie intermittente** par M. J. Darier. (Société anatom. Sitzung v. 25. Jan. 1884. Progr. méd. 1884. Août. No. 33.)

Mann von 37 Jahren ohne alcoholische oder syphilitische Praecedentien bekam einen apoplectischen Insult mit kurzem Bewusstseinsverlust; schlaffe Lähmung der rechtsseitigen Extremitätenmuskeln; Facialisgebiet und Sensibilität ungestört; keine Aphasie. — Einige Monate später zweiter Anfall von rechtsseitiger Hemiplegie, diesmal aber mit Aphasie — nachdem die Störungen von Seiten des ersten sich vollständig zurückgebildet hatten. Motilität in gleicher Weise wie vorher afficirt, Sensibilität frei; die Sprachstörung ist eine complete motorische Aphasie, die im Laufe von 8 Tagen wieder vollständig verschwindet. Eintreten von Contractur in der rechten oberen; sichtliche Besserung in der paretischen unteren Extremität. Noch zweimaliges Auftreten apoplectischer Insulte, die den vorangegangenen identisch sind, und bei denen jedesmal vorübergehend motorische Aphasie auftritt. Abnahme der Intelligenz; nie epileptiforme Erscheinungen, dagegen fortbestehende sehr bedeutende Contractur der rechten Armmuskeln. — Tod nach 6monatlicher Dauer des Leidens. — Die Autopsie zeigte einen Tumor von der Grösse eines kleinen Apfels, welcher

die hintere Hälfte der ersten linken Stirnwindung einnimmt, auch zum Theil die zweite Stirnwindung erreicht. — Der obere Theil der vorderen Centralwindung ist zwar ebenfalls zerstört, doch so, dass der Tumor von der Rolando'schen Furche noch durch einen Streifen normalen Hirngewebes getrennt ist. — Die benachbarten Hirnwindungen sind comprimirt und abgeplattet, die Gefässe der Umgebung erweitert. Es ergiebt sich aus diesem Sitze des Tumors, dass nur das motorische Centrum für den Arm zerstört worden, und die vorübergehende Sprachstörung und Lähmung des Beines einer Compression resp. Circulationsstörung in den betreffenden Centralorganen der Rinde zuzuschreiben ist. — Die Centralganglien sind völlig intact. Der Tumor ist ein angiolithisches Sarcom (Cornil u. Ranvier) oder ein Psammom, wie es Virchow genannt hat. — Er setzt sich nicht per continuitatem in die nervöse Hirnsubstanz fort, sondern hat seinen Ausgang von der Pia mater genommen. — Die ausführlich behandelten mikroskopischen Details sind im Original nachzusehen.

Laquer.

---

5) **Unilaterale temporale Hemianopsia sinistra. Tumor cerebri. Mittheilungen aus der medicinischen Abtheilung des herzoglichen Krankenhauses zu Braunschweig** von Dr. Richard Schulz. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXXV.)

Der Verf. liefert zu den so ausserordentlich seltenen Fällen einseitiger temporaler Hemianopsie folgende interessante Beobachtung:

49jährige Arbeiterin, ohne Lues, mit stets gutem Sehvermögen, bemerkte vor $1^1/_2$ Jahren plötzlich beim Arbeiten eine Sehstörung vor ihrem linken Auge, ohne sonstige begleitende Gehirnsymptome. Vor 12 Wochen bekam sie bis in die 3 letzten Finger hinein ausstrahlende Schmerzen im rechten Arm verbunden mit Kriebeln und Eingeschlafensein. Die Schmerzen verloren sich, es blieb aber lähmungsartige Schwäche im rechten Arm zurück, welche seit 14 Tagen auch in den unteren Extremitäten und dem linken Arme sich bemerklich machte. Dann taumelnder Gang und Mangel in der Orientirung nach links hin, so dass sie oft anstiess. Niemals Kopfschmerz und Erbrechen, keine Blasenbeschwerden, Stuhlgang in Ordnung, viel Schwindel, keine Temperatursteigerung.

Schwankender Gang, Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen. Percussion des Kopfes nicht schmerzhaft. Kopfnerven normal, keine Augenmuskelstörungen. Uvula gerade, Facialis intact. Beide Pupillen reagiren, die linke lebhafter. Das Sehen auf dem rechten Auge völlig normal, dagegen linksseitige temporale Hemianopsie. Ophthalmoskopischer Befund normal. Die Sehschärfe beträgt rechts = $^{20}/_{70}$, links = $^{20}/_{100}$. Die Muskelkraft des rechten Armes herabgesetzt, ebenso die Sensibilität in den 3 letzten Fingern der rechten Hand. Keine Ataxie.

Muskelkraft in beiden Beinen herabgesetzt, rechts mehr, leichte Parästhesien, keine Ataxie. Patellarreflexe bedeutend gesteigert. Rechts Achillessehnenreflex, links nicht. Keine Blasenschwäche. Innere Organe normal.

Bei einer 4 Wochen später erfolgenden abermaligen Untersuchung war der allgemeine Status genau derselbe geblieben. Nun war aber auch das nasale Gesichtsfeld des rechten Auges genau bis zur Mittellinie ausgefallen. Es war also nun eine homonyme Hemianopsia lateralis sinistra entstanden, bewirkt durch eine Compression des ganzen rechten Tractus opticus.

Die Diagnose auf einen langsam wachsenden Tumor im hinteren Winkel des Chiasma (der zuerst auf den Fasciculus cruciatus des rechten Tractus opticus drückte, temporale Hemianopsie des linken Auges und beim weiteren Wachsen auch den Fasciculus lateralis desselben Tractus leitungsunfähig machte, complete homonyme linksseitige Hemianopsie), welcher den rechten Tractus opticus comprimirt, scheint dadurch zur unumstösslichen Gewissheit geworden zu sein.

Wilbrand, Hamburg.

Psychiatrie.

6) Ueber Geistesstörungen nach Kopfverletzungen von Dr. Hartmann. (Arch. f. Psych. XV. 98.)

Die in der Literatur über die traumatischen Psychosen von den Autoren gegebenen zusammenfassenden und statistischen Daten sind wenig übereinstimmend

H. giebt daher eine neue Zusammenstellung. Er benutzt die in der Literatur zerstreuten und eine Anzahl selbst gesammelter Fälle, im Ganzen 58. Diese Fälle sind untereinander sehr verschieden. 21 Fälle waren sicher, 19 wahrscheinlich, 18 zweifelhaft traumatischer Entstehung. 11 Fälle gehörten dem sog. primär-traumatischen Irresein an, 47 dem secundären (Schüle). Die Details müssen im Original nachgelesen werden.

H. kommt zu dem Schluss, dass das traumatische Irresein keine specifisch nosologische Form ist, jedoch gewisse Eigenthümlichkeiten im Verlauf und Ausgang hat. Am häufigsten sind Exaltationszustände und die verschiedensten Grade der Demenz, rein oder combinirt. Die primär-traumatische Psychose schliesst sich unmittelbar an die Commotionserscheinungen an, ist entweder primäre Demenz oder Tobsucht, oft verbunden mit Krämpfen oder andern sensibeln und motorischen Störungen. Die secundär-traumatische Psychose ist durch ein längeres oder kürzeres Vorläuferstadium (Reizbarkeit, Stumpfheit) von dem Trauma getrennt, sie trägt von vornherein den Charakter der geistigen Schwäche, hat melancholische oder maniacalische Stadien und geht in Demenz oder Paralyse über. Die sog. Reflexpsychose und die epileptische Psychose gehören gleichfalls hierher. Die Prognose der primär traumatischen und Reflexpsychose ist relativ günstig, die der übrigen weniger. Art und Ort des Traumas sind auf die Form der Psychose ohne Einfluss, auch entspricht die Schwere der Verletzung oft nicht den psychopathischen Folgen. Doch setzt das Trauma stets eine Disposition, allerlei nervöse Symptome können bestehen etc. Die traumatische Aetiologie wird sichergestellt durch den Continuitätsnachweis zwischen Trauma und Psychose oder doch Prodrome und nervöse Veränderungen, sodann durch den Sectionsbefund. Letztere sind im Ganzen selten, oft nicht specifisch, und das Fehlen positiver Befunde spricht nicht gegen die Diagnose der traumatischen Psychose.

Siemens.

---

7) Traumatism in relation to insanity by D. R. Brower. (The Alienist and Neurologist. 1883. IV. p. 646.)

Nach einer ausführlichen Zusammenstellung der Literatur über Kopfverletzungen und deren Einfluss auf die Entstehung chronischer unheilbarer Psychosen kommt Verfasser zu einigen Schlüssen, die im Allgemeinen mit den Angaben Skae's, v. Krafft-Ebing's und Kiernan's übereinstimmen und daher nichts wesentlich Neues enthalten. Dagegen sind 3 Krankengeschichten, die Verf. im Anschlusse mittheilt, erwähnenswerth. 2 Fälle betreffen Kriegsverletzungen, die erst nach Jahren eine allmähliche Depravation des Charakters und acute Wuthanfälle hervorgerufen hatten. Der erstere, Officier, liess seine Stellung und seine Familie, an der er mit grosser Liebe gehangen, im Stich, schloss sich dann an den Communeaufstand in Paris an und wurde zuletzt in den Diamantfeldern Afrikas constatirt, wo er wegen Mord und Raub verurtheilt noch Gelegenheit fand, aus dem Gefängniss zu entweichen. Der andere erschoss in einem Aufregungsanfall seine Frau, wurde trotz der sachverständigen Erklärung, dass er geisteskrank sei, zum Tode verurtheilt und endete am nächsen Tage durch Suicid. Der dritte Fall betraf einen Eisenbahnbeamten, der sein ganzes Vermögen, das er sich durch ausserordentlichen Fleiss und durch fürsorgliche Sparsamkeit erworben in kurzer Zeit verschleuderte und nun vis-à-vis du rien seine Frau erschoss von der religiösen Wahnvorstellung ausgehend, er sei der

dritte Sohn Gottes und müsse sie zum Himmel senden. In diesem Fall wurde übrigens die Unzurechnungsfähigkeit auch von der Jury anerkannt. Sommer.

---

8) **Le frenopatie in rapporto alla mestruazione** pel dott. Giov. Algeri. (Archiv. italian. per le mal. nervos. 1884. p. 321.)

In einer ausführlichen Arbeit, die sich auf die Beobachtung von 314 geisteskranken Frauen im Alter zwischen 15 und 45 Jahren stützt, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen, die freilich nichts wesentlich Neues enthalten.

Der Gang der Menstruation ist bei geisteskranken Frauen fast immer ein unregelmässiger. Die Störungen der Menstruation sind in den primären Krankheitsfällen, besonders bei der frischen Melancholie und Manie, viel bedeutender als in älteren Fällen.

Während der Menstruation ist im Allgemeinen eine Verschlechterung des geistigen Zustandes deutlich, speciell ist dies bei den Degenerationspsychosen der Fall. Wegen der Einzelheiten muss auf die zahlreichen Tabellen verwiesen werden.

Sommer.

Therapie.

9) **Die ungleichartige therapeutische Wirkungsweise der beiden elektrischen Stromesarten und die elektro-diagnostische Gesichtsfelduntersuchung.** In Hauptzügen dargestellt von C. Engelskjön in Christiania. (Arch. f. Psych. etc. 1884. Bd. XV. H. 2.)

Vorliegende Arbeit soll die vom Verf. früher im Arch. f. Psych. veröffentlichten, in diesem Centralblatt referirten Thesen näher begründen. Nach einer ziemlich ungerechten und schiefen Darstellung des gegenwärtigen Standpunktes der Elektrotherapie tritt der Verf. mit einem neuen „Gesetz" hervor, in welchem er das Hauptgesetz der Elektrotherapie gefunden zu haben glaubt. Dasselbe besagt, dass zwischen der Wirkung des galvanischen und faradischen Stromes eine qualitative Verschiedenheit besteht, so dass im gegebenen Falle nur die eine therapeutisch günstig wirkt, die andere ungünstig.

Aus zwei Fällen vasomotorischer Neurose zieht Verf. den Schluss, dass der faradische Strom sich zu dem galvanischen in seiner Einwirkung auf die „Vasomotion" umgekehrt verhält, indem der faradische Strom bei directer Anwendung auf die Haut die spastisch verengten Gefässe erweitert, der galvanische die activ erweiterten Gefässe verengt. Diese Reactionsweise, schliesst Verf. weiter, ist eine allgemeine Eigenschaft der „vasomotorischen Ganglienzelle".

Die ungleichartige Wirkung der beiden Stromesarten macht sich nach Verf. in zahlreichen Fällen von Hemicranie und Neurasthenie geltend, derart, dass die eine Stromesart heilt, wo die andere verschlimmert. Aber diese ungleichartige Wirkung äussert sich nur bei Anwendung auf solche Theile, die Ganglienzellen enthalten, nie auf die Nervenleitungen.

Die Stromesart, die im gegebenen Fall curative Wirkung entfaltet, nennt Verf. die positive, die andere die negative Stromesart. Die Stromrichtung, wie die Wahl der Pole ist nach ihm völlig gleichgültig. Seine Methode der Elektrisirung der Oblongata und des Cervicalmarks, die er für besonders wichtig hält, unterscheidet sich von der gebräuchlichen Technik beträchtlich.

Wir müssen darauf verzichten, die zahlreichen Einzelbeobachtungen, Schlüsse und Behauptungen des Verf. zu referiren, die weiterhin entwickelt werden. Vieles ist in einem Grade hypothetisch, gewagt und unwahrscheinlich, dass man auch im Uebrigen skeptisch wird. Man lese z. B. den Abschnitt über das „paradoxe vasomotorische Reflexphänomen". Ein solches sieht Verf. in Fällen, wo das zuerst von

dem pathologischen Process ergriffene Rückenmark reflectorisch auf das Gehirn einwirkt und letzteres in einen krankhaften Zustand versetzt. Da muss denn das Gehirn mit der einen, das Rückenmark mit der anderen Stromesart behandelt werden.

Oder es kann gar „ein krankhafter Zustand in der Cauda equina, dessen Sitz wahrscheinlich in den dortigen Spinalganglien zu suchen ist, paradoxen Reflex im Rückenmark veranlassen"; Verf. erzählt dazu einen Belegfall. Sapienti sat!

Es ist bedauerlich, dass Verf., der streng auf dem Boden der Thatsachen zu bleiben gedachte, sich zu derartigen diagnostischen Wagnissen versteigt, da durch solche Willkürlichkeiten das Misstrauen des Nicht-Specialisten gegen die Elektrotherapie überhaupt wachgerufen und die Disciplin dem praktischen Arzte gegenüber discreditirt wird.

So bringt man denn auch der Entdeckung des Verf., die er mit zahlreichen Messungen bekräftigt, dass das Gesichtsfeld durch die positive Stromesart erweitert, durch die negative beschränkt wird, nur ein abgekühltes Interesse entgegen. Eisenlohr.

Forensische Psychiatrie.

10) A plea for the treatment of criminals by J. S. Wight. (American Journ. of Neurology and Psychiatry. 1884. May p. 128.)

Verf. steht annähernd auf dem Standpunkte der italienischen Schule in Bezug auf die somatische und psychische Inferiorität der Gewohnheitsverbrecher und plaidirt in etwas salbungsvoller Sprache für staatliche Reorganisation des Unterrichts und besonders der Gefängnisseinrichtungen. Sommer.

III. Aus den Gesellschaften.

Bericht über die Verhandlungen der Section für Neurologie und Psychiatrie auf der 57. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Magdeburg, 17.—24. Sept. 1884.

(Schluss.)

II. Sitzung vom 20. Sept. Morgens $8^1/_4$ Uhr. — Vorsitz: von Gudden.

Grashey: **Ueber die Blutbewegung im Schädel.**

Mittelst eines sinnreich construirten Apparates illustrirte der Vortragende die Bedingungen, unter denen das Blut im Schädel circulirt. Eine aus Glas und Metall zusammengefügte, unter Nulldruck mit Wasser gefüllte weite ringsgeschlossene Röhre stellt die Schädelrückgratshöhle dar. Durch sie ist eine dünnwandige elastische Röhre kleinen Kalibers geleitet, welche mit ihren Enden wasserdicht in die Verschlussenden der grossen Röhre eingesetzt ist. Durch das elastische Gefässrohr wird ein continuirlicher Flüssigkeitsstrom geschickt, welcher unter einem gewissen Druck steht (Wassersäule). Ist die Wassersäule mässig hoch, strömt das Wasser continuirlich durch das elastische Gefässrohr; erhöht man die Drucksäule, so fängt das Gefässrohr an zu vibriren, es stellen sich continuirliche Stromschwankungen ein. Dies kommt daher, weil durch den dem Cerospinalrohrinhalt mitgetheilten Druck das weiche Ende des Gefässrohrs comprimirt wird. Denn hier am peripheren Ende, wird beim Einströmen der Flüssigkeit relativ der geringste Druck im Gefässrohr sein. Durch die Compression des peripheren Endes wird der Flüssigkeitsstrom zum Stillstand gebracht; gleichzeitig aber mit dem Aufhören des Stromes wächst der Druck am peripheren Ende der elastischen Röhren wieder (weil er sich in der Ruhe im Apparat gleichmässig vertheilt). Das comprimirte Ende wird wieder frei, und der unterbrochene Strom kann wieder fliessen. So entsteht in rascher Folge das Heben und Sinken der Gefässwand oder mit anderen Worten das Vibriren derselben. Diese

gesetzmässigen Erscheinungen sind für die Beurtheilung der Blutbewegung im Schädel von Wichtigkeit. Es kommt hinzu, dass, je starrwandiger das elastische Gefässrohr wird, um so später das Vibriren eintritt und umgekehrt, und wenn das elastische Gefäss so zarte Wandungen hat, dass dieselben ohne äusseren positiven Druck sich berühren, so vibrirt das Gefäss, sobald der Druck im Schädelraum einen positiven Werth hat. Wird das offene periphere Ende des elastischen Gefässes etwas verengt, oder wird ausserhalb des Apparates eine elastische Röhre an dasselbe angesetzt und dadurch der Druck am peripheren Ende erhöht, so hört das Vibriren auf und kommt erst dann wieder zum Vorschein, wenn der Druck im Apparat gesteigert und gross genug wird, um den Druck im peripheren Ende des Gefässrohres zu überwinden.

Die Nutzanwendung für die Lehre von der Blutcirculation im Schädel ist folgende: 1) Wenn der Druck, unter welchem die Cerebrospinalflüssigkeit steht, wächst, so kann ein Vibriren der peripheren Endstücke der Hirngefässe eintreten, vorausgesetzt, dass die Drucksteigerung nicht von diesen Endstücken selbst ausgeht. 2) Als solche schwingungsfähige periphere Endstücke der Hirngefässe sind die Cerebralvenen anzusehen; da nämlich die Wände der Hirnsinus wenig compressibel sind, die Cerebralvenen aber so dünne Wände haben, dass ihr Lumen ohne äusseren positiven Druck verschwindet, so werden bei Zunahme des Hirndrucks die Cerebralvenen vor ihrer Einmündung in die Sinus in Schwingungen gerathen. 3) Diese Schwingungen treten ein, sobald der Druck der Cerebrospinalflüssigkeit grösser wird, als der Druck in den peripheren Enden der Cerebralvenen, welcher Druck bekanntlich gleich ist dem Widerstande, welchen das Blut in den Sinus und in den Venen bis zum Vorhof des Herzens findet. Vermehrung dieses Widerstandes vermag die Schwingungen zu sistiren, bis der Hirndruck entsprechend höher geworden ist. 4) Wenn es gelingt, diese Schwingungen zu hören oder hörbar zu machen, so gestatten sie ein Urtheil über die Grösse des Hirndruckes selbst am unverletzten Schädel; ihr Vorhandensein beweist Steigerung des Hirndruckes auf eine Höhe, welche dem Widerstand in den Venen etc. mindestens gleich ist. 5) Die gegenwärtige Lehre vom Hirndruck behauptet, dass bei seiner Zunahme die Hirncapillaren in erster Linie comprimirt werden. Diese Annahme ist nicht richtig, denn die Compression findet da statt, wo der geringste Innendruck herrscht. Der in den Capillaren herrschende Druck ist aber grösser als der in den Hirnvenen, folglich werden die letzteren comprimirt resp. in Schwingungen gerathen. 6) Das physikalische Experiment zeigt, dass unter gewissen Umständen eine Steigerung des arteriellen Blutdruckes die Circulation im Schädel nicht fördert, sondern verlangsamt. 7) Bekanntlich ist bei manchen Kindern an den noch nicht geschlossenen Schädelfontanellen ein Geräusch zu hören. Es ist nach Obigem ein venöses Geräusch.

Discussion: Binswanger berichtet, dass auch Erwachsene, an sogenannter allgemeiner Nervosiät Leidende, zuweilen über reibende und schwirrende Geräusche im Schädel klagen. Er fragt den Vortragenden, ob diese Klagen auf ähnliche circulatorische Störungen bezogen werden können, wie sie die Hirngeräusche der Kinder hervorrufen. Mendel hat bei jahrelanger Auscultation des Schädels bei Gesunden und Hirnkranken keine derartige Geräusche wahrnehmen können. Jehn erinnert an die von Herz aufgestellte Theorie von der Verengerung der Foramina jugularia, welche er bestätigt gefunden hat in mehreren zur Section gekommenen Fällen. Binswanger sagt, dass ihm der objectiv auscultatorische Nachweis der Geräusche nicht gelungen sei. Grashey muss das Letztere verlangen, wenn er die angegebenen Geräusche auf Gefässschwingungen zurückführen soll. Ausserdem sei die gewöhnliche Methode der Auscultation wegen der Fehlerquellen unzureichend. Berger: In der Mehrzahl der Fälle von Nervosität spielen die circulatorischen Störungen eine secundäre Rolle. Das Primäre sind Erregbarkeitsveränderungen der Ganglienzellen. Binswanger ist auch der Ansicht, betont aber das (wenn auch secundäre) Bestehen der Ciculationsstörungen im Gehirn, und hierauf basiren viele subjective Klagen der

Patienten. Strümpell pflichtet Berger bei und macht darauf aufmerksam, dass bei schwerer Anämie, bei Circulationsstörungen Herz- und Lungenkranker sich die eigenthümlichen nervösen Symptome nicht in der Weise entwickeln.

Kahlbaum: **Ueber eine klinische Form des moralischen Irreseins.** Von den an Hebephrenie leidenden Kranken zeichnen sich eine grosse Anzahl durch eine so zu sagen allgemeine Unmoralität aus, ohne dass es bei ihnen gerade zu einzelnen grösseren Verbrechen kommt. Weitere Erfahrungen besonders an Kranken der gebildeten Stände lassen eine klinische Abart der Hebephrenie deutlich erscheinen. Der Unterschied dieser Fälle besteht darin, dass das Stadium der Manie fast gar nicht ausgeprägt ist und dass auch das zweite charakteristische Symptom der Hebephrenie, der progressive Schwachsinn, fehlt. Dagegen ist moralische Perversität ausgebildet, auch die Formlosigkeit im persönlichen Benehmen. Es sind junge Leute aus den besten Familien, Mädchen wie Knaben, welche mehr oder weniger ohne Vorboten dadurch auffällig werden, dass sie wiederholte Verstösse gegen eins oder mehrere der 10 Gebote machen, besonders häufig dadurch, dass sie einen Diebstahl begehen. Die genauere Nachforschung lässt dann doch eine seit dem Beginne der Pubertätsentwickelung aufgetretene Veränderung in der geistigen Haltung erkennen, sie stempelt die moralischen Verirrungen als krankhaft, als der Hebephrenie zugehörig. Die Prognose ist im Ganzen besser als bei der gewöhlichen Form. Durch das Fehlen der Defecte auf dem Gebiet der Intelligenz und des Geschäftslebens unterscheiden diese Fälle sich von dem eigentlichen moralischen Irresein. Es ist mehr die Ungleichheit, die Disharmonie der einzelnen Seelenvorgänge. K. nennt die neue Form Heboidophrenie oder kurz Heboid. Die Behandlung muss aus einer Combination ärztlicher und pädagogischer Massnahmen bestehen, wie sie aber nur in einer dazu eingerichteten Anstalt möglich ist.

Die Discussion über diesen Vortrag wird mit der über den nun folgenden Vortrag von Jehn vereinigt.

Jehn spricht über **Pubertätszeit und Schülerüberbürdung.** Er charakterisirt die somatischen und psychischen Erscheinungen und Veränderungen während der Pubertätsentwickelung und verlangt Berücksichtigung dieser Vorgänge Seitens der Lehrer und Seitens des Lehrplans der Schule.

Discussion: Meschede pflichtet dem Vortragenden bei und berichtet, dass er geisteskranke Schüler weniger häufig, sehr oft dagegen geisteskranke Lehrerinnen und Schülerinnen der Lehrerinnenseminare in Behandlung bekommen habe. Hier seien also wohl Schäden vorhanden.

Mendel warnt vor missverständlichen Ausdrücken in Kahlbaum's Vortrage, z. B. moralisches Fasersystem; er kann die Nothwendigkeit des neuen Namens Heboid für den bekannten Krankheitszustand, sowie die Zweckmässigkeit der Ausdrücke „secundäre und tertiäre Wahrnehmung" nicht anerkennen. Kahlbaum bedauert in der Kürze der gebotenen Zeit eine Rechtfertigung nicht geben zu können und behält sich die ausführlichen Darlegungen auf eine besondere Veröffentlichung vor. — Oberlehrer Gumprecht-Leipzig sagt, dass die Lehrer sehr wohl die körperliche Entwickelung der Schüler, besonders um die Pubertätszeit, im Auge behielten. Zur Entlastung der Schüler von der Ueberbürdung durch die vielen Anforderungen des modernen Lebens seien die Eltern meist nicht geneigt, auch nicht zu vertrauensvoller Rücksprache wegen Onanieverdacht.

Berger trägt vor **über die ätiologischen Beziehungen zwischen Syphilis und Tabes.** Diese Frage ist noch eine offene. Positive Beobachtungen sind daher stets erwünscht. Der Vortragende berichtet über 2 Fälle, welche den ätiologischen Zusammenhang fast sicher erweisen. In dem ersten bestand seit 10 Jahren eine continuirliche Kette von schweren syphilitischen Erscheinungen bei einem sonst gesunden Manne, und im Verlauf dieser trat ohne sonstige Ursachen Tabes auf.

In dem anderen Falle trat bei einem 72jährigen Manne nach zweijährigem Bestehen von Syphilis Tabes auf. — Eine Zusammenstellung einwurfsfreier 100 Fälle von Tabes ergab in 43 % Syphilis. Durchschnittlich trat die Tabes 8,4 Jahre nach der syphilitischen Infection auf. Die Symptome sind meist die gewöhnlichen, ohne charakteristisches Vorwiegen der einen oder der anderen Gruppe, ebenso fehlen specifisch-histologische Charaktere im Rückenmark. Das ist aber auch gar nicht nöthig. Antisyphilitische Behandlung ist anzurathen, aus ihrer Erfolglosigkeit lassen sich keine Schlüsse ziehen.

Discussion fand nicht statt.

Seeligmüller über **Myelitis der Potatoren.** Für die Annahme einer Spinallähmung der Trinker spricht sich die Mehrzahl der Autoren aus, obwohl positive Sectionsbefunde im Rückenmark bisher nicht beigebracht sind. Auch die 4 Fälle, welche der Vortragende beschreibt, entbehren dieses Beweises. Doch glaubt S. den Sitz des Leidens im Rückenmark suchen zu müssen. Es sind zwei leichtere Fälle, in denen die Symptome: heftige vage Schmerzen in den Extremitäten und in der Lendengegend, Schwäche in den Beinen, welche zeitweise das Gehen und Stehen zur Unmöglichkeit machten, verbunden mit dem Gefühl von Brennen und Taubsein in den Füssen — nach dem Aussetzen des Alcohols völlig verschwanden. Sodann zwei schwere Fälle. Nachdem wiederholt Schwäche in den Beinen zeitweise bestanden, kam es eines Tages plötzlich zur Lähmung beider unteren und darauf auch beider oberen Extremitäten. Dabei heftige Schmerzen in den Extremitäten, die als Hyperästhesie noch geraume Zeit fortbestanden und ein Gefühl von Vertaubung in Händen und Füssen, welches sich bald verlor. An den gelähmten Extremitäten entwickelten sich in rapider Weise starke Contracturen: Greifenklauen, Beugecontracturen im Hand- und Ellenbogengelenk, an den Füssen Klumpfussstellung. Die Erregbarkeit der Nerven und Muskeln für beide elektrische Ströme war herabgesetzt, Entartungsreaction fehlte. Dagegen trat schnell Atrophie der Muskeln auf. Blase, Mastdarm, Potenz intact. Einen zeitweiligen Nachlass im Abusus der Spirituosen bewirkte Besserung der Erscheinungen, besonders der Contracturen.

Discussion wurde nicht beliebt.

Seeligmüller (cf. D. Med. Woch. 1884. Nr. 42): **Ueber Hemianästhesie.** Die differentielle Diagnose zwischen cerebraler und hysterischer Hemianästhesie kann schwierig, ja unmöglich sein. Das von Charcot aufgestellte Schema passt oft nicht. Der Vortragende berichtet über mehrere selbst beobachtete Fälle, in welchem die sehr schweren nervösen Erscheinungen (Krampfanfälle, Paresen, Hemianästhesien, Contracturen) sehr stabil waren und Jahre lang dauerten. Bei dem einen bestand dabei lange dauernde Facialislähmung, es fehlte jede Spur von Ovarialhyperästhesie; in diesem Falle brachte die elektrische Bürste auffallend rasche Heilung. Ist hierdurch die hysterische Natur sicher gestellt, so ist die Diagnose in anderen Fällen zweifelhaft. Die hysterische Anästhesie ist bei uns nicht so häufig, jedenfalls lange nicht so häufig wie bei den Romanen, und die Hysterie der germanischen Frauen scheint eine andere zu sein als z. B. die der Französinnen. S. stimmt mit Remak darin überein, dass die Ovarie weder Ursache der Hysterie noch einzelner Symptome derselben, wie Hemianästhesie, sei. Er hat aber ausserdem Fälle gesehen, wo neben der Ovarie Druckhyperästhesie der ganzen gleichseitigen Körperhälfte bestand (ovarielle Hemihyperästhesie). Er hat in einem schweren Falle von Hysteroepilepsie von der Castration einen günstigen Erfolg gesehen. — Ob bei halbseitigen Erscheinungen ohne Ovarie die Diagnose auf Hysterie doch zuzulassen ist, erscheint nach obigem möglich.

Eine Discussion wurde nicht beliebt.

v. Gudden: **Ueber die neuroparalytische Entzündung.** Das Ziel des Vortrages war vorzugsweise praktisch, nämlich die Verbannung des Decubitus aus

den Irrenanstalten. Schon 1869 habe er sich dahin ausgesprochen, dass durch sorgsame Wartung sich der Decubitus vermeiden liesse, und das in die Anstalt mitgebrachte Decubitusstellen sich ganz vorzüglich heilen liessen. — Gewiss eine sehr vulnerables Organ ist die Hornhaut. Aber Gudden's mit Trigeminus-Durchschneidungen angestellte Versuche haben ihn gelehrt, dass es nur äussere Schädlichkeiten sind, welche die betreffende Hornhaut zerstören, und dass diese zarte Membran intact bleibt, falls man dafür sorgt, dass Verletzungen und Verunreinigungen fern gehalten werden. v. G. erinnert an den Versuch von Snellen. Er selbst hat schon 1872 (Diss. v. Kondracki in Zürich) eine bessere Methode beschreiben lassen, und neuerdings operirt er noch einfacher so, dass er bei neugeborenen Kaninchen die Augenlidspalte abtrennt, die Schnittflächen durch Näthe vereinigt und so ein Anchyloblepharon schafft, unter welchem die Cornea völlig normal sich hält. Andere Experimente, welche er mit Dr. Bordoni unternahm, erweitern die Sache:

1) bei zwei neugeborenen Kaninchen wurde intraorbital der N. opticus mit den Ciliarnerven durchschnitten. Die Cornea war unempfindlich, aber sie hielt sich klar und normal, weil durch die Erhaltung der Nn. palpebrales die Cilien auf die leiseste Berührung reagirten und das Schliessen der Lider bewirkten.

2) Bei einem neugeborenen Kaninchen wurden neben Opticus und Ciliarästen auch die Palpebraläste des Quintus und der Oculomotorius durchschnitten. Hornhaut und Cilien waren ganz unempfindlich. Jetzt schützte die Ptosis und die unbeweglich vorgeschobene Palpebra tertia die Hornhaut und erhielten sie normal. Eine vorgekommene Verwundung heilte gut.

3) Bei erwachsenen Kaninchen wurde das Ganglion cervicale supremum exstirpirt. Wie schon Claude Bernard angab, retardirt dieses Verfahren die Verschwärung der Cornea bei Trigeminusdurchschneidung. — Bei allen Thieren tritt unmittelbar nach der Durchschneidung der Ganglien Verengerung der Pupille ein (Reizerscheinung), am zweiten Tage erfolgt Erweiterung (Lähmungserscheinung). Diese Erweiterung lässt im weiteren Verlaufe nach, während die Reaction der Pupille auf Lichteinfall eine träge und geringe bleibt, Erweiterung der Irisgefässe oder der Ohrgefässe blieb aus. — In Folge der Ganglienexstirpation senkt sich das obere Augenlid durch Lähmung des Müller'schen Muskels, diese Senkung wird durch die Trigeminusdurchschneidung noch vermehrt. Auch hier wird also ein Rest von Schutz hergestellt, welcher die Cornea noch etwas länger erhält. Genaue Ueberwachung verhindert jede Zerstörung.

4) Bei einem erwachsenen Kaninchen, dem der Trigeminus durchschnitten war, trübte sich bei mangelnder Pflege die Hornhaut. Sorgfältige Behandlung verhinderte dann die Perforation und begünstigte die Heilung unter Bildung eines derben Leukoms.

5) Ein in gleicher Weise operirtes erwachsenes Thier wurde sofort in einen Kasten mit glatten Wänden und teppichbelegtem Boden gebracht und dem Wachsaal der Anstalt zugetheilt. Die Pfleger mussten alle halbe Stunden das Auge untersuchen und eventuell vorsichtig reinigen. Heu und dergleichen, was das Auge verletzen konnte, wurde von der Nahrung ausgeschlossen. Bis zum sechsten Tage blieb die Hornhaut klar, dann trat durch Nachlässigkeit eines Pflegers eine leichte Trübung auf, 2 mm. im Durchmesser, diese machte jedoch keine weiteren Fortschritte, sondern eher Rückschritte bis zum Tode des Thieres.

Ein anderer Versuch mit Wegnahme der natürlichen Schutzvorrichtungen bei erhaltenem Trigeminus zeigte, dass die Natur noch anderweitig für Schutz sorgen kann. Denn trotz der Lähmung der Lid- und Orbicularmuskeln wurde die Cornea doch bedeckt, da der Retractor bulbi das Auge tief in die Orbita zurückzieht.

Der Versuch sub 5 ist der Wichtigste. Er beweist, dass die Cornea durch sorgsame Pflege intact erhalten werden kann. Dasselbe Resultat erhielt v. G. auch bei anderen Nervenexstirpationen, des Plexus brachialis, des N. ischiadicus etc., nach

welchen durch sorgsame Pflege Verschwärungen der Haut an den betr. Körpertheilen verhindert wurden. Auch Herpes zoster sah er bei diesen und ähnlichen Fällen nicht auftreten, auch bei Menschen mit derartigen Nervenläsionen nicht. Andere Versuche haben noch gezeigt, dass die Hornhäute mit und ohne Trigeminusdurchschneidung sich gegen gleiche Reize im Wesentlichen gleich erhalten. — Daher: sorgsame Pflege, Reinhalten, Vermeidung des Druckes durch Lagerwechsel, und der Decubitus wird selten vorkommen.

Discussion: Grashey regt in Anbetracht der Schwierigkeit des fortwährenden Lagerwechsels bei manchen Kranken den Gedanken an, Betten zu construiren, welche nach Art einer Wiege beliebige Veränderungen des Schwerpunktes der Kranken gestatten. v. Gudden wird ein solches Bett anfertigen lassen. Mendel fragt nach der Erklärung der Fälle von Decubitus acutissimus, wo nach einem apoplectischen Anfall in wenig Stunden tiefgehende Gangrän eintritt. v. Gudden führt diese Fälle ganz besonders auf mangelhafte Pflege zurück.

III. Sitzung (22. Sept.) Vorsitz: Kahlbaum.

R. Schulz beschreibt und demonstrirt **ein primäres Sarcom der Pia mater spinalis** in der ganzen Länge des Rückenmarks. Der Fall betraf eine 16jährige Arbeiterin deren Onkel an gliomatöser Hypertrophie des Pons starb. Die Krankheit verlief unter dem Bilde einer gemischten Paralysis theils descendens, theils ascendens acuta. Bei heftigen Rückenschmerzen folgte auf Lähmung der Arme mit Aufhebung der Sensibilität, Lähmung der Beine mit Sensibilitätsverlust, Blasenparese, theilweise Aufhebung der Patellar- und Hautreflexe. Unter Lähmung der Respiration trat nach 3 Wochen Krankheitsdauer der Tod ein. Klinische Diagnose: Acute Meningo-Myelitis.

Es fand sich bei der Section ein das ganze Rückenmark von der Canda equina bis hinauf zum Halsmark in verschiedener Dicke ringförmig umschliessendes Sarcom der Pia mater. — Der Fall wird eingehend publicirt im Jahresbericht pro 1884 über die med. Abth. des Herzogl. Krankenhauses zu Braunschweig.

Discussion fand nicht statt.

Meschede: **Ueber Einrichtung getrennter Irren-Heil- und Pflege-Anstalten.** Redner betont den neueren Bestrebungen auf Errichtung gemischter Heil- und Plege-Anstalten mit agricolem Charakter gegenüber den Vorzug reiner Heilanstalten. Seine Ausführungen erfuhren zum Theil den Widerspruch der Versammlung, doch pflichtete in der später folgenden Discussion Kahlbaum den Ansichten des Vortragenden bei.

Eyselein: **Ueber den Einfluss der Witterungsverhältnisse, speciell des Ozon auf das Befinden chronischer Nervenkranker.** Auf Grund fleissig und genau angestellter Einzeluntersuchungen von grosser Zahl, deren Resultate graphisch und tabellarisch dargestellt wurden, glaubt E. folgende Sätze aufstellen zu können.

1) Ein höherer und andauernder Gehalt der Luft an Ozon (über Nr. 10 der 14theiligen Lender'schen Scala) wirkt an sich durchaus nicht günstig, ganz besonders nicht bei Reizzuständen des peripheren wie centralen Nervensystems. Daher können diese Zustände durch den in neuerer Zeit beliebten schablonenmässigen Gebrauch ozonreicher Seebäder (speciell der Nordsee) nicht gebessert, sondern nur verschlimmert werden. Hiermit stimmen die eigenen Angaben der Kranken. Dasselbe gilt von anderen ozonreichen, nicht maritimen Curorten.

2) Mässiger Ozongehalt (nicht über 10 der Lender'schen Scala) liefert die günstigsten Resultate bei diesen Krankheiten.

3) Geringer Ozongehalt (unter 9 bis 4) wirkt störend auf das Befinden, besonders wenn auch die Feuchtigkeitsverhältnisse abnorme Abweichungen vom mittleren Durchschnitt zeigen.

4) Ozonmangel (4 bis 0) hat auffallende Störungen im Gefolge; das Wiederansteigen des Ozongehaltes bessert dann deutlich das Allgemeinbefinden.

Die Reaction des Nervensystems auf Ozonmangel sind Schwächezustände, Depression; hoher Ozongehalt erregt und verschlimmert das Befinden bei Angstzuständen, Hypochondrie, Zwangsvorstellungen, Neuralgien, Hysterie, Epilepsie etc. Rein körperliche Schwächezustände (Reconvalescenten von schweren Krankheiten) werden hingegen durch hohen Ozongehalt gebessert. — An der Discussion betheiligten sich Rehm und Jehn.

Flesch: **Ueber den anatomischen Befund am Rückenmarke zweier Microcephalen.** Die Untersuchungen wurden am Halsmark ausgeführt, als normal zum Vergleichen diente das Rückenmark eines 8 Jahre alten Kindes. Die Mikrocephalen waren 9 Jahre (typische M.) und 6 Jahre (Porencephalie) alt. Zählungen und Messungen möglichst entsprechender Abschnitte der Querschnitts-Präparate ergaben ein deutliches Minus an Fasern in der Pyramidenseitenstrangbahn und in den Goll'schen Strängen, die Vorderstränge zeigten bei Nr. 1 in den median gelegenen, nach Flechsig zur Pyramidenbahn gehörigen Fasern ein Minus, ein geringeres in der Umgebung der grossen Vorderhörner; bei Nr. 2 nur in den letzteren Bahnen. Auch die Ganglienzellen wurden gezählt, bei Nr. 1 war ihre Zahl in den Vorder- und Seitenhörnern erheblich kleiner als bei Nr. 2 und beim Normalen. Daraus schliesst F.: Bei hochgradigem Defecte des Vorderhirns wird die Entwickelung der Pyramidenbahnen und der Goll'schen Stränge, daneben auch in geringerem Grade der Vorderstränge quantitativ beeinflusst. Bei sehr weit gehendem Defect wird auch die Entwickelung der grauen Substanz des Rückenmarkes, speciell auch ihrer Ganglienzellen, gehemmt. Es steht also die Entwickelung eines Theils der Structurelemente des Rückenmarks in directer Abhängigkeit vom Vorderhirn, es enthält aber das topographisch der Pyramidenbahn entsprechende Gebiet auch Bestandtheile, welche vom Vorderhirn unabhängig sind und entweder autochthon im Rückenmark entstehen, oder von rückwärts vom Vorderhirn gelegenen Stellen des Nervensystems ihren Ursprung nehmen.

In der Discussion fragt Moeli, ob sich etwas über die Lebenszeit sagen lasse, in welche die Entstehung der Defecte zu verlegen sei, und ob etwa das Kaliber der Fasern an den angegebenen Stellen auffallende Abweichungen zeigte. — Beide Fragen glaubt Flesch nicht mit Sicherheit beantworten zu können.

Siemens.

IV. Personalien.

Am 10. d. M. starb zu Breslau nach langer Krankheit Dr. Heinrich Neumann, ausserordentlicher Professor an der Universität und Director der psychiatrischen Klinik. Ein Mann von hervorragend geistiger Veranlagung lenkte er bereits im Jahre 1847 durch seine Schrift über die Blödsinnigkeitserklärung die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf sich. Im Jahre 1859 erschien sein Lehrbuch der Psychatrie, und wenn dasselbe auch eine sehr ausgedehnte Verbreitung nicht fand, so sind die darin niedergelegten klinischen Erfahrungen vielfach in späteren Werken benützt worden. Seine späteren Schriften (psycholog. Reflexionen über das preuss. Strafgesetzbuch 1871, der Process Kullmann 1877) fielen meist in das Gebiet der forensischen Psychiatrie, bis in diesem Jahre ein Leitfaden der Psychiatrie für Mediciner und Juristen und ein Katechismus der gerichtlichen Psychatrie erschien, über die in dem Centralbl. S. 71 und 287 referirt worden ist. Immer zeichnete er sich durch Originalität der Auffassung wie durch ein scharfes kritisches Urtheil aus. Wie in der Wissenschaft durch seine Arbeiten, so hat er sich im Herzen seiner Freunde und Collegen durch sein liebenswürdiges Wesen ein dauerndes Andenken gesichert. M.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Prof. Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Professor Dr. E. Mendel

zu Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 1. November. No. 21.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** 1. Beitrag zur Pathologie der multiplen Neuritis von **Hirt.** 2. Bemerkungen über die Form des menschlichen Rückenmarkes von **Flesch.** 3. Die therapeutische Wirkung verschiedener Cannabis-Präparate von **Richter.** 4. Ueber die Ganglienzellen der Hirnrinde bei der progressiven Paralyse der Irren von **Mendel.**

II. Referate. Anatomie. 1. The sensory tract in the central nervous system von **Starr.** — Experimentelle Physiologie. 2. Ueber Localisationen der Functionen des Grosshirns von **Goltz;** Ueber die Verrichtungen des Grosshirns von **Goltz.** 3. Die Sehstörungen nach Verletzungen der Grosshirnrinde (nach Versuchen am Hunde) von **Loeb.** — Pathologische Anatomie. 4. Zur Lehre von der Degeneration der Nervenzellen von **Lominski.** 5. On the pathology of Pseudo-hypertrophic musculatur paralysis, with remarks on a so-called degeneration of the nervous system by **Middleton.** — Pathologie des Nervensystems. 6. Die metastatischen Hirnabscesse nach primären Lungenherden von **Näther.** 7. Ueber Spinallähmung mit Ataxie von **Löwenfeld.** — Psychiatrie. 8. Ueber Geisteskrankheiten in Folge hoher äusserer Temperatur von **Victor.** — Therapie. 9. A Contribution to the study of Hysteria, bearing on the question of Oöphorectomie by **Walton.** 10. Die Castration bei Ovarialneuralgie und Hysterie von **Bircher.** — Forensische Psychiatrie. 11. The case of the insane murderer Graves, recently executed in Newark by **Spitzka.**

III. Aus den Gesellschaften.

IV. Vermischtes.

I. Originalmittheilungen.

1. Beitrag zur Pathologie der multiplen Neuritis.

Von Prof. Dr. **L. Hirt.**

Die Lehre von der multiplen Neuritis hat trotz ihrer Jugend schon mannigfache Phasen durchgemacht, und noch harrt mancher wichtige Punkt, z. B. ihr Verhältniss zur Poliomyelitis, ungeachtet vortrefflicher neuer Arbeiter (Erb, Strümpell, Eisenlohr, Vierordt), seiner endgültigen Erledigung. Wahrscheinlich sind entzündliche Vorgänge in den peripheren Nerven weit häufiger, als man früher annahm, wofür u. A. die Mittheilungen sprechen, nach welchen sich bisweilen auch bei centralen Erkrankungen (Tabes) Degenerationen

peripherer Nerven vorfinden (Sakaky), eine Thatsache, der man bis dahin herzlich wenig Aufmerksamkeit geschenkt hatte. Scheint doch auch andererseits das interessante Factum sichergestellt, dass es zu Erkrankungen der peripheren Nerven kommen kann, ohne dass die Centralorgane, in specie das Rückenmark irgendwie an der Erkrankung theilnehmen. Eine Bestätigung dieser, übrigens von der grossen Mehrzahl der Beobachter nicht mehr in Zweifel gezogenen Thatsache erblicken wir in den neuesten, interessanten Publicationen Déjérine's, welcher bekanntlich einzelne Fälle beobachtete, in denen sich eine Erkrankung peripherer Nerven — allerdings weniger der Stämme, als der Muskeläste — ohne eine Betheiligung des Rückenmarks vorfand. Da sich nun bei den meisten hierhergehörigen Patienten atactische Erscheinungen feststellen liessen und auch sonst der Symptomencomplex auffallend an Tabes dorsualis erinnerte, so kam Déjérine auf den unserer Ansicht nach unglücklichen Gedanken, die von ihm beschriebene Affection als Neuro-Tabes peripherica zu bezeichnen; es kann hierdurch einerseits sehr leicht Verwirrung in das noch lange nicht völlig klare pathologisch-anatomische Bild der wirklichen Tabes gebracht werden, und andererseits ist es unmöglich, sich an der Hand dieser Bezeichnung eine richtige Vorstellung von dem pathologisch-anatomischen Befunde der Déjérine'schen Fälle zu machen. Es ist eben keine Tabes, um die es sich hier handelt, sondern eine Affection lediglich der peripheren Nerven, eine primäre Neuritis. (Vgl. Compt. rendues de l'Acad. des Sciences. 1883; ferner Arch. de Physiol. normale etc. No. 2. 1884.)

Für den Praktiker haben diese Beobachtungen insofern ein ungewöhnliches Interesse, als sie, wie es scheint, unzweifelhaft darthun, dass Fälle vorkommen, die in ihrem Verlaufe der Tabes dorsualis gleichen, wie ein Ei dem andern und doch nicht Tabes zu sein brauchen, vielmehr lediglich auf eine Erkrankung der peripheren Nerven zurückzuführen sind. Je symptomreicher sich die Tabes bei immer und immer wiederholten Studien zeigt, unter je mannigfacheren Bildern sie sich namentlich im ersten Beginn vorstellt, desto eindringlicher muss auch auf jene Fälle verwiesen werden, wo post mortem dargethan wird, dass man fälschlich eine Tabes angenommen hatte; (dass das Umgekehrte, nämlich das Uebersehen der centralen Affection, das bei Weitem häufigere ist, bedarf keiner Erwähnung). In Anbetracht nun der Thatsache, dass die hier angedeuteten Fälle, soweit sich bis jetzt beurtheilen lässt, wirklich selten sind, halte ich mich für berechtigt, aus meiner Poliklinik zwei, wie ich glaube, hierher gehörige Beobachtungen mitzutheilen, die allerdings darin den Déjérine'schen an Werth weit nachstehen, dass die Patienten noch leben, es also unentschieden bleiben muss, ob und welche Affection der peripheren Nerven post mortem zu constatiren sein wird; der bisherige Verlauf lässt eine solche, wenn man sich auf die Déjérine'schen Fälle beziehen darf, unzweifelhaft erwarten.

Erste Beobachtung.

Magdalene S., 34 Jahre alt, sehr beschäftigte Maschinennätherin, unverheirathet, angeblich nie inficirt gewesen. Patientin, die ich im September 1883

zuerst sah, klagte damals hauptsächlich über Sensibilitätsstörungen, Eingeschlafensein, Ameisenkriechen in den Fingern, Abnahme der rohen Kraft, leichte Ermüdung, unsicheren Gang, besonders im Finstern.

Die erste Untersuchung ergab, dass die grobe Kraft in den Oberextremitäten thatsächlich vermindert war (Burq'sches Dynamometer rechts 15, links 24); Druckempfindlichkeit über beiden N. radiales und ulnares; an verschiedenen Stellen der Unterextremitäten wurde deutlich cutane Analgesie constatirt. Der Gang war ausgesprochen atactisch. Romberg'sches Zeichen; Patellarreflexe verschwunden. Augenmuskelstörungen und Abnormitäten der Pupillenreaction nicht vorhanden.

Genaue Aufnahme des Status praesens am 24. November 1883 ergab u. A. erhöhtes Vorhandensein der Sensibilitätsstörungen, schiessende Schmerzen besonders in den Beinen, deutliche Atrophie im linken Tibialisgebiet mit Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit, keine EaR; ausgesprochen atactischer Gang, Romberg'sches und Westphal'sches Zeichen; die oberen Extremitäten zeigen deutlichen Tremor, der bei intendirten Bewegungen stärker zu werden scheint; die Druckempfindlichkeit der Nerven nachweisbar; hochgradig psychische Depression.

Die Behandlung begann mit strengem Verbote der bisherigen Beschäftigung (täglich mehrstündigen Maschinennähens); daneben laue Bäder und öfters starke Hautreizung mittelst des faradischen Pinsels; Abführmittel. Längere Zeit wurde dieses Verfahren fortgesetzt; im Beginn des Sommers 1884 hatte die Atrophie nicht zugenommen, die Erregbarkeit war fast normal geworden; fast alle Krankheitserscheinungen waren verschwunden, aber der Patellarreflex war bis dahin nicht wiedergekehrt. Monatelanger Aufenthalt in Bad Landeck: September 1884 völliges Wohlbefinden, aber noch immer keine Patellarreflex.

Zweite Beobachtung.

L. P., 21 Jahre, unverehelicht, gehört einer anständigen Bürgerfamilie an; Patientin, die älteste von 6 Geschwistern, wird zum anstrengenden, täglichen Maschinennähen angehalten.

Am 27. Februar a. c. litt das Mädchen an Schmerzen im ganzen Körper, die an den Unterextremitäten einen reissenden, bohrenden, stechenden Charakter hatten; dabei war die Temperatur 38,4, Allgemeinbefinden getrübt. Nach 4 Tagen Sensibilitätsstörungen, Gefühl von Taubheit in den Fusssohlen, Parese der Beine, Alteration des Bodengefühles, atactischer Gang; Romberg'sches und Westphal'sches Zeichen. Hyperästhesie an verschiedenen Stellen im Rücken, trophische Störungen und ausgebreitete schuppige Abschilferungen der Epidermis. Deutliche Verlangsamung der Empfindungsleitung. Nirgends Herabsetzung der rohen Kraft, nirgends Atrophien.

Erst Ende März fügte sich Pat. einer geordneten ärztlichen Behandlung, welche in der oben geschilderten Weise gehandhabt und nach 3 Monaten insofern von Erfolg gekrönt wurde, als sich sämmtliche Krankheitserscheinungen allmählich verloren. Ganz besonders bemerkenswerth ist hier das Wiedererscheinen des Patellarreflexes, von dem ich mich noch Anfang September unzweifelhaft

überzeugen konnte; leichte Ataxie des Ganges ist noch immer vorhanden, dagegen sind die quälenden Schmerzen, die Paresen etc. total verschwunden.

Der Verlauf dieser zwei Fälle ist, wenn man von dem endlichen Ausgange zunächst absieht, dem der DÉJÉRINE'schen ausserordentlich ähnlich: hier wie dort sind fast alle Cardinalsymptome der Tabes dors. vertreten, nur fehlen Augenmuskel- und Blasenstörungen gänzlich. Gerade dieses Fehlen halten wir bezüglich der Differentialdiagnose für sehr bedeutungsvoll, indem es unter gewissen Umständen (die allerdings noch genauer präcisirt werden müssen) die periphere Natur einer ursprünglich für central gehaltenen Affection erkennen oder wenigstens vermuthen lässt; es mahnt jedenfalls dazu, die Diagnose auf Tabes nur mit äusserster Reserve zu stellen, wenn auch einzelne, fast für pathognostisch geltende Symptome, wie die frühe cutane Analgesie, ich möchte sagen, verführerisch dazu auffordern.

Weiterhin erscheint in unseren Fällen ein ätiologisches Moment von Bedeutung. Man hat bekanntlich ganz neuerdings (STRÜMPELL, VIERORDT u. A.) die infectiöse Natur der Neuritis in den Kreis der Betrachtung gezogen, eine Anschauung, die nicht blos dem herrschenden Zeitgeist entspricht, sondern auch ihre unbestreitbare Wahrscheinlichkeit für sich hat; da sie aber bis jetzt noch durch nichts bewiesen ist, vielmehr lediglich dem Gebiete der Hypothese angehört, so erscheint es vielleicht nicht überflüssig, auch nach anderen ätiologischen Momenten zu suchen, unter denen uns namentlich eines existenzberechtigt erscheint, nämlich die Beschäftigung, resp. die Berufsarbeit des Individuums; gerade die Beschäftigung, nämlich jahrelang fortgesetztes, täglich mehrere Stunden anhaltendes Maschinennähen möchte ich in meinen Fällen mit der Entstehung der Krankheit in Zusammenhang bringen. Aehnliche Beobachtungen (Ischias, Tabes nach anstrengender Arbeit) liegen bereits vor (SEELIGMÜLLER, GUELLIOT, PITRES u. A.), doch darf ich hier wohl beiläufig bemerken, dass im Grossen und Ganzen die Berufsarbeit als Entstehungsursache für Nervenkrankheiten noch nicht genügend berücksichtigt ist, dass man sich vielmehr bisher bei Besprechung dieser Frage an allgemeinen Redensarten, wie Ueberanstrengung, Durchnässung, Erkältung genug sein liess; detaillirtere Studien werden noch manche nicht uninteressante Beziehung aufdecken. Hier z. B. handelt es sich um die täglich stundenlang fortgesetzte Bewegung beider Unterextremitäten, durch welche die Nähmaschine im Gange erhalten wurde; diese Bewegung an sich und die dadurch bedingte Erschütterung des ganzen Körpers wirkt ungünstig ein. Ein Analogon hierzu bietet sich in der nervösen Affection (Neurasthenia spinalis), welche vom Fahrpersonale der Eisenbahnen, besonders von Locomotivführern und Heizern, ebenfalls in Folge der Erschütterung, recht häufig acquirirt werden, und auf welche ich in meinen Arbeiterkrankheiten (Bd. II, S. 126 ff.) bereits aufmerksam gemacht habe. Die Art und Weise des ungünstigen Einflusses vermögen wir uns noch nicht genügend zu erklären, namentlich erscheint es zweifelhaft, ob die nervösen Störungen auf gewisse Alterationen von Stoffwechsel zurückzuführen sind, oder ob man sie als directe Folge der mechanischen Erschütterung anzusehen hat. Soviel steht jedenfalls

fest, dass erhebliche und dauernde Besserung nur durch Aufgeben der Beschäftigung zu erzielen war. — In den DÉJÉRINE'schen Fällen spielte der Alcohol eine ätiologische Rolle; bei uns konnte davon höchstens im ersten Falle, wo die Mutter berichtete, das Mädchen trinke relativ viel, d. h. täglich $^3/_4$ Liter echt bayerisches Bier, die Rede sein; im zweiten bot sich dafür keinerlei Anhalt.

In diagnostischer Beziehung möchte ich nur dem etwaigen Einwande, dass es sich in unsern Fällen vielleicht um Tabes dors. handele, mit dem Hinweise begegnen, dass im ersten die bestehende Atrophie im Tibialisgebiete, im zweiten der fieberhafte Beginn, ganz abgesehen von dem bereits hervorgehobenen Fehlen jeglicher Augenmuskel- und Blasenbeschwerden, dagegen spricht. Eine Affection der peripheren Nerven ergiebt sich aus dem Symptomencomplexe vielmehr als das Wahrscheinlichere, und bestätigt der Verlauf, was STRÜMPELL betreffs der Prognose der Neuritis sagt (Krankheiten des Nervensystems, S. 110), dass nämlich recht wohl nach monatelanger Dauer schliesslich Heilung eintreten könne. Therapeutisch verweise ich hier lediglich auf den günstigen Einfluss, den die von RUMPF für die Behandlung der Tabes empfohlenen faradocutanen Pinselungen hervorgerufen haben; man darf wohl als wahrscheinlich annehmen, dass es sich dabei wesentlich um reflectorische Einwirkungen handelt.

---

2. Bemerkungen über die Form des menschlichen Rückenmarkes.

Von Prof. Dr. **Max Flesch** in Bern.

Untersuchungen, welche in Gemeinschaft mit Hrn. stud. med. HUGO EBELING aus Frankfurt a. M. angestellt wurden, haben uns zu dem Resultat geführt, dass das Rückenmark nicht passiv den Krümmungen des Wirbelkanals folgt, dass es vielmehr auch im isolirten Zustande bei geeigneter Aufbewahrung die gebogene Form beibehält, mithin in seiner Substanz selbst die Vorbedingungen trägt, welche ihm diese Form zuertheilen.[1] Indem wir die genauere Ausführung dieser Verhältnisse einer im Druck befindlichen Abhandlung (in HIS und BRAUNE's Archiv) vorbehalten, ergänzen wir hiermit einige Lücken der ausschliesslich an Thieren angestellten Untersuchungen. — Das ca. 36 Stunden nach dem Tode herausgenommene Rückenmark eines 18 Monate alten, an Diphtherie gestorbenen Kindes zeigt bei freier Aufhängung in MÜLLER'scher Flüssigkeit ebenso wie bei Säugethieren überhaupt eine dorsalwärts convexe Biegung des Rückentheiles, welche im Gebiete der Halsanschwellung mit einer ventralwärts gewendeten Convexität in die Cervicalbiegung übergeht. Diese Form zeigte das Präparat noch nach Entfernung des Durasackes und auch nach Ablösung der Pia in der ganzen Länge des Halsmarkes und des oberen Theiles des Brustmarkes; wir heben dies

---

[1] Eine kurze Mittheilung über die Nackenkrümmung des Rückenmarkes bringt ein Vortrag, gehalten in der anatomischen Section der 57. Versammlung deutscher Naturforscher zu Magdeburg. Tageblatt S. 195.; cf. weiter unten in dieser Nummer S. 501.

hervor, weil die bisherigen Beobachtungen auf von der Pia noch umhüllten Präparaten beruhen. — Wenn auch dies Resultat von vornherein zu erwarten war, ja sogar kaum etwas Neues enthält, sobald wir uns erinnern, dass jeder Sagittalschnitt des gefrorenen Körpers die natürlichen Krümmungen des Rückenmarks zeigt, so lässt es doch eine weitere Verwerthung voraussehen. Braune, in der Erklärung der den Sagittalschnitt des Körpers darstellenden Tafeln seines bekannten Werkes macht darauf aufmerksam, dass die Biegung des Halsmarkes wesentlich variirt je nach der Kopfhaltung. Die Normalstellung der Wirbelsäule dürfte nun aber jedenfalls diejenige sein, in welcher das Rückenmark einer Dehnung oder Compression nach irgend einer Richtung nicht unterliegt. In der Aufbewahrung des Rückenmarkes in einer Flüssigkeit, deren spec. Gew. annähernd mit jenem seiner Substanz übereinstimmt, haben wir aber ein Verfahren zur Verfügung, welches allem Anschein nach die Ruheform des Rückenmarkes und damit wohl auch der von ihm erfüllten Theile des Wirbelkanales für einige Zeit zu fixiren gestattet.

---

3. Die therapeutische Wirkung verschiedener Cannabis-Präparate.

(Vorläufige Mittheilung.)

Von Dr. **Richter**, Director der Privat-Irren-Anstalt zu Pankow.

Durch Hrn. Apotheker Bombelon, Neuenahr, wurden dem hiesigen Apotheker Hrn. Heinersdorff eine Reihe ganz neuer Präparate zur Verfügung gestellt und habe ich seit ca. 14 Tagen mit diesen interessanten Medicamenten Versuche gemacht, welche ich in Nachstehendem zunächst zur Kenntniss der Collegen bringe, weitere Untersuchungen darüber nebst Veröffentlichung der Krankengeschichten mir vorbehaltend.

Bombelon stellt dar: Cannabinum purum, Cannabinon und Haschisch. Ueber Cannabinum purum sind bereits Beobachtungen veröffentlicht, das Cannabinon habe ich hauptsächlich angewendet, und das, was Bombelon als Haschisch bezeichnet, ist nach seiner Ansicht ein zusammengesetzter Körper aus Cannabin, Cannabinon und Tetanin, welches auch im Hanf vorkommt.

Das Cannabinon also wurde bei 14 Kranken der verschiedensten Irreinsformen, 8 Frauen, 6 Männern, in Anwendung gezogen. Die bisherigen Resultate berechtigen jedenfalls zu ganz erheblichen Hoffnungen und ermuntern zu ausgedehnten Versuchen. Bei 5 Frauen bewirkte das Mittel, in Dosen von 0,05—0,1 gegeben, mehrstündigen ruhigen Schlaf ohne üble Folge-Erscheinungen. In einem Falle von activer Melancholie, bei welchem alle üblichen Beruhigungsmittel und Beruhigungsversuche wirkungslos waren, zeigte dieses Medicament eine wesentliche Beruhigung betreffs der psychischen Symptome. Bei einem abgelaufenen Fall (secundärer Seelenstörung), in dem sehr lebhafte Erregungszustände auch allen Medicamenten trotzten, wirkte dieses Mittel ebenfalls direct

beruhigend. Bei einer einzigen Patientin trat einmal, noch dazu bei der kleinsten Dosis ein collapsähnlicher Zustand ein, der jedoch unbedeutend und nach kurzer Zeit gehoben war. Wahrscheinlich ist dieser Collaps dadurch zu erklären, dass die Pat. gegen die ärztliche Verordnung das Bett verlassen hatte. Die Erscheinungen des Collapses traten eine Stunde nach der Einnahme des Mittels auf. Bei zwei Patientinnen secundärer Seelenstörung mit nächtlichen Erregungszuständen blieb das Mittel ohne jede Wirkung. Bei den männlichen Kranken blieb fast in allen Fällen die Wirkung aus, vielleicht weil ich aus Vorsicht mit zu kleinen Dosen operirt habe. Bei Anwendung von Haschisch (Bomb.) haben wir Erregungen beobachtet ohne nachfolgende Beruhigung, wie Bombelon sie verspricht. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass ich die Dosirung der Mittel nach Bombelon'scher Vorschrift genommen habe, welche unzweifelhaft nicht für Geisteskranke berechnet sind, und Geisteskranke gegen Opiate ja in ganz anderer Weise reagiren, wie psychisch nicht Erkrankte. Die Erregung nach dem Bombelon'schen Haschisch zeigte aber eine ganz andere Form, als wie sie dem bekannten Haschisch-Rausch zukommt. Ueber Cannabin sind die bis jetzt gemachten Versuche bei meinen Kranken schwankend.

Haschisch (Bombelon) wird gegeben in der Dosis 0,05, Cannabin in der Dosis 0,1. Das Beste ist, wenn man zur Nacht Schlaf erzielen will, eine Stunde vor dem Schlafengehen das Mittel zu geben. Als Beruhigungsmittel habe ich es am Tage zu jeder beliebigen Zeit gereicht; nur mit der Vorsicht, es nicht zu nahe an die Mahlzeiten anzuschliessen. Es nimmt sich am Besten mit Kaffeepulver, nur möchte ich hier eine praktische Notiz gleich beifügen, dass der dazu verwandte geröstete Kaffee nämlich ausserordentlich fein gepulvert werden muss. Er ist alsdann ein brillantes Vehikel.

Von der Wirkung dieser Medicamente als Clysma habe ich keine Erfahrung. Sie sollen sich auch in Oel-Emulsionen geben lassen. Ebenso hat mir die Zeit gefehlt, die Versuche anzustellen, in welcher Weise sie mit Morphium in Verbindung gebracht wirken. Bombelon deutet darauf hin, dass kleine Zusätze von Morphium zu diesem Mittel wie etwa 5 Milligramm bereits die Wirkung ganz ausserordentlich verstärken. Es wäre sehr werthvoll, wenn wir endlich ein Mittel zur Hand bekommen könnten, welches die guten Eigenschaften des Morphiums hat ohne seine schädlichen Nebenwirkungen, wie es Bombelon von seinen Präparaten voraussetzt.

---

4. Ueber die Ganglienzellen der Hirnrinde bei der progressiven Paralyse der Irren.

Von **E. Mendel.**

(Nach einem Vortrage mit Demonstrationen im Verein der deutschen Irrenärzte zu Leipzig.)

Die Frage, ob die Ganglienzellen der Hirnrinde bei der progressiven Paralyse der Irren überhaupt verändert sind, und wenn dieses der Fall, welcher

Natur diese Veränderungen sind, ist häufig genug discutirt worden, die Literatur darüber ist eine sehr beträchtliche, trotzdem aber scheinen wir noch weit entfernt davon, eine Beantwortung gefunden zu haben, die allgemein acceptirt wäre. Es kann dies um so weniger Wunder nehmen, als die Anatomen noch darüber im Streit sind, wie die normale Ganglienzelle in der Hirnrinde aussieht.

Die Unsicherheit in diesen Dingen wird verständlich, wenn man bedenkt, dass weitaus die grösste Mehrzahl der Untersuchungen an Präparaten gemacht wird, die vorher physikalischen und chemischen Einflüssen durch Härtung, Tinction u. s. w. ausgesetzt waren.

Wenn ich hier die Frage nach den pathologischen Veränderungen erörtern will, so sei mir gestattet, vorher erst einige Worte über die normale Ganglienzelle der Hirnrinde zu sprechen. Nach den Angaben von Henle und Merkel sind die Zellen der Hirnrinde umgeben von hellen, durchsichtigen, wahrscheinlich mit Lymphe, erfüllten Räumen: „pericellulären Räumen". Boll wie Krause betrachten diese Räume als Kunstprodukte, die durch Schrumpfung des Ganglienzellenkörpers entstehen, während Obersteiner, Ripping, Forel, Herzog Carl von Bayern, Lewis sie für intra vitam bestehend halten. Ich selbst schliesse mich nach meinen eigenen Untersuchungen den Letzteren an. Diese Räume umschliessen im normalen Zustande sehr eng die Zellen, und lediglich durch die Präparationsmethode kann eine erhebliche Erweiterung derselben, wie ich glaube, nicht durch Schrumpfung der Zelle, sondern durch Schrumpfung des intercellulären Gewebes entstehen. Ich besitze Präparate von der normalen Hirnrinde des Hundes, in denen diese Erweiterung excessiv vorhanden ist, während sie für gewöhnlich nur eine sehr geringe Ausdehnung bei denselben zeigen; im ersteren Falle liess sich auch nachweisen, das die Härtung nicht mit der nothwendigen Vorsicht vorgenommen worden war. Aehnliches beobachtete ich bei der menschlichen Hinrinde, da, wo die Section sehr spät nach dem Tode gemacht und die Härtung nicht befriedigende Resultate ergab. Dass diese Räume aber auch pathologisch sich erweitern und mit nicht durchsichtigen, anscheinend soliden Massen füllen können, werde ich sogleich erörtern.

Die Grösse der Ganglienzellen in der Hirnrinde ist bekanntlich eine ungemein verschiedene, meine Messungen ergaben im Wesentlichen übereinstimmend mit anderen Autoren den Basisdurchmesser schwankend zwischen 7 bis 50 μ, den Längsdurchmesser zwischen 10 und 75 μ. Wenn auch die grössten Zellen vorzugsweise im Lobul. paracentralis getroffen werden, so kommen doch vereinzelte, sehr grosse, jenen sehr ähnliche im Stirnhirn und besonders im Hinterhaupthirn mitten unten mittleren und kleineren vor. Die geringere oder mächtige Grösse an und für sich entscheidet also noch nicht über die normale oder pathologische Beschaffenheit.

Die Gestalt der Zellen ist entweder rundlich oder spindelförmig oder pyramidenförmig. Die letzteren bezeichnet Krause als tetraedrich und vergleicht sie mit Räucherkerzchen oder noch besser mit Zwiebeln. Diese Pyramidenform ist vorzugsweise für die Hirnrinde charakteristisch.

„Je nach der Lage der Pyramidenzellen gegen die optische Axe des Mikroskops kann das Aussehen ein sehr verschiedenes sein: an senkrecht zur Oberfläche geführten Schnitten erscheinen sie spitzwinklig dreieckig mit gleich langen Seiten, an Flächenschnitten 4- oder 5seitig polygonal, in schräger Ansicht wenn ein Basalfortsatz an Dicke überwiegt, spindelförmig.“ (Krause).

Das Protoplasma der Zelle erscheint bei Vergrösserungen mittlerer Stärke feinkörnig, durch Carmin sich intensiv färbend, in vereinzelten Zellen erscheint dasselbe gelblich; bei alten Leuten mehrt sich die Zahl dieser gelblich pigmentirten Zellen.

Ueber die Gestalt des Kerns, der mit der Länge der Pyramidenzellen wächst, in den grossen bis 20 μ, in den kleinen 1 μ im grössten Durchmesser hat, gehen die Ansichten der Autoren weit auseinander. Krause und Schwalbe bezeichnen die Gestalt des Kerns als ellipsoidisch, und der erstere meint, dass die von Meynert behauptete Pyramidenform des Kerns ein Kunstprodukt sei, das durch Schrumpfung der Zelle in Folge von Wasserentziehung, besonders an dem dem Spitzenfortsatz zugekehrten Ende, und dadurch bedingte Compression des Kerns entstünde.

Ich halte die ellipsoide Form ebenfalls für die normale und gewöhnliche; sie ergiebt sich besonders deutlich auch an der Hirnrinde von Affen und Hunden.

Ueber die verschiedenen Fortsätze, dem mittlern, die eckständigen Basalfortsätze und den Spitzenfortsatz herrscht Uebereinstimmung, so dass ich hier nicht weiter darauf einzugehen brauche.

Wie gestalten sich nun die Verhältnisse der Ganglienzellen in der Hirnrinde bei der progressiven Paralyse der Irren?

In einer grossen Zahl von Fällen von Paralyse, besonders aber denjenigen Fällen, die nach einem kürzeren Verlauf zum Tode führen, sind deutlich nachweisbare Veränderungen der Zellen nicht vorhanden. Selbst da, wo das interstitielle Gewebe z. Th. in der erheblichsten Weise verändert, wo es in eine schwielige Masse untergegangen, findet man zuweilen die Ganglienzellen noch in einer Weise erhalten, so dass man von deutlichen Veränderungen nichts sehen kann. Ich bin deswegen auch der Ueberzeugung, dass der Process der progressiven Paralyse nicht im Zellenapparat seinen Ausgangspunkt und seine wesentliche Grundlage hat. Zu demselben Resultat, wie meine pathologisch-anatomischen Untersuchungen, führten mich übrigens auch meine experimentellen Versuche, auf die ich hier jedoch nicht näher eingehen will. Die Veränderungen der Zellen konnte ich nur in solchen Fällen von Paralyse erkennen, die nach längerem Bestehen und nach Entwickelung hochgradiger Dementia und starker Lähmungserscheinungen der Exitus letalis nahmen. Von solchen Veränderungen erwähne ich nun folgende:

1) Erweiterung der pericellulären Räume und Anfüllung derselben mit einer gelblichen, durch Carmin sich nicht oder nur unerheblich färbenden Masse.

Ich habe diese Veränderungen ausführlicher in der Klin. Wochenschr. 1883 Nr. 17 beschrieben.

Für mich ist über die pathologische Natur dieser Dinge kein Zweifel, ich habe sie nie bei normalen Hirnen, nie bei Hunden oder Affen gesehen, obwohl ich über 1000 derartige Präparate durchmustert habe.

Für die pathologische Natur spricht auch der Umstand, dass auch andere Veränderungen dabei gefunden werden und vor Allem, dass man in den betreffenden Hirnen Uebergänge von Zellen mit erweiterten pericellulären Räumen, Veränderungen des Protoplasmas, Verdrängung desselben durch die schwellenden Kerne, endlich Verkümmerung und Untergang der Zellen sehen kann.

2) Veränderungen des Protoplasmas werden besonders als sog. fettig pigmentöse beschrieben. Ob man es dabei in der That mit Ablagerung von Fett zu thun hat, bleibt zweifelhaft. Man sieht in solchen Fällen den im mittleren Lebensalter nur ausnahmsweise gelblichen Inhalt der Zellen in einer grossen Zahl derselben auftreten, selten nur dazwischen eine mit normal aussehendem Inhalt; dabei treten einzelne dunkle, opake, andere glänzende, lichtbrechende Körnchen auf. Solche Zellen findet man vorzugsweise im Stirnhirn, im Lob. paracentralis, doch auch im Hinterhauptshirn und an andern Stellen.

3. Die Sklerose und Atrophie der Zellen[1] zeigt sich in dem Verlust des feinkörnigen Inhalts der Zelle, derselbe bekommt einen streifigen Charakter, erscheint fester, und man sieht hier Uebergänge von den normalen Zellengebilden zu einer Masse, die kaum noch einen zellenartigen Charakter hat. Nicht bloss die Kleinheit der einzelnen Zelle, sondern die grosse Zahl der abnormen Zellen im Vergleich zu denen, die man an der betreffenden Stelle zu erwarten hat, ist hier entscheidend. Verzerrte mit Um- und Einbiegungen versehene Contouren zeigen auf das Deutlichste die pathologisch-anatomischen Veränderungen.

Hier von Kunstproducten reden zu wollen, wo man bei einem im Ganzen aufbewahrten und gleichmässig behandelten Gehirn die Veränderungen in der Regel nur hochgradig ausgeprägt im Stirnhirn findet, während man in den übrigen Theilen normale oder annähernd normale Zellen sieht, muss um so mehr zurückgewiesen werden, als solch veränderte Zellen mit ganz gleichem Charakter aus den Vorderhörnern des Rückenmarkes als atrophische Zellen allgemein, und wie ich glaube, jetzt ohne Widerspruch betrachtet werden.

Zuweilen ist die Zahl der atrophischen Zellen so gross und die Intensität der Veränderung so erheblich, dass man bei dem ersten Blick durch das

---

[1] Herr Tuczek sagt: „Auch dass Alterationen der Ganglienkörper vorkommen können, gebe ich zu, obgleich ich mich von ihnen, selbst an Originalpräparaten von Herrn Mendel, der sie so eingehend beschreibt, nie habe überzeugen können.“ Ich habe sie, wie Herr Tuczek weiss, nicht blos beschrieben, sondern auch abgebildet. Die wenig versteckte Insinuation in jenen Worten ignorire ich. Die „Originalpräparate“ wurden in der Sitzung von mir demonstrirt; ein Widerspruch gegen meine Deutung wurde von den Herren, die sie gesehen, nicht laut. Es dürfte der Mangel also nicht an den Präparaten liegen, sondern ein subjectiver des Herrn Tuczek sein. Vielleicht wird seine „Ueberzeugung“ durch die Discussion, die sich an meinen Vortrag anschloss und im Wesentlichen eine Bestätigung meiner Befunde brachte (cf. S. 453 in Nr. 19 d. Ctrlbl.), etwas erschüttert. Andere Angaben des Herrn Tuczek, die einen ähnlichen Werth, wie die obigen haben, werden, da sie nicht zu dem vorliegenden Thema gehören, an anderer Stelle ihre Erledigung finden.

Mikroskop in der betreffenden Stelle der Hirnrinde überhaupt keine Ganglienzellen erkennt. Im Uebrigen lassen sich solche Zellen auch experimentell bei Hunden herstellen, die durch Drehung paralytisch gemacht werden. In den atrophischen Zellen findet man auch in der Regel

4) Veränderungen der Kerne.

Ihr Inhalt scheint in derselben Weise verändert, wie das Protoplasma der Zelle, ihre Gestalt ist ebenfalls verkrüppelt; sie liegen nicht wie gewöhnlich, mehr in der Mitte der Zellen, sondern am Rande und zeigen hier besonders häufig eine pyramidale, dreieckige Gestalt. Da wo die Atrophie einen sehr hohen Grad erreicht, ist zuweilen gar kein Kern mehr zu sehen.

Ausser diesen in den Endstadien vorkommenden Veränderungen der Kerne hat man nun auch noch Vergrösserung derselben in einem früheren Stadium beschrieben, und auch ich habe in einzelnen Fällen die grosse Mehrzahl der Zellen in einzelnen Rindenterritorien mit solch grossen Kernen gesehen, so dass ich ebenfalls geneigt bin, ein solches Verhalten der Kerne, wenn es über eine grosse Zahl von Zellen ausgedehnt ist, als pathologisch zu betrachten.

Mit einigen Worten sei hier noch das Verhalten der Zellen in den übrigen Hirntheilen erwähnt. In den grossen Ganglien des Hirns habe ich ebensowenig wie im Pons und den Kernen der Augenmuskeln irgend eine Veränderung an den Ganglienzellen entdecken können, die ich als pathologisch in Anspruch nehmen möchte, nur im Hypoglossuskerne erschien in sehr langdauernden Fällen eine äusserst hochgradige und die meisten Zellen ergreifende Veränderung, die Zellen waren zum Theil fettig pigmentös, zum Theil vollständig zerfallen, in anderen erschien der Zelleninhalt in einer wachsartigen Masse untergegangen.

Ich habe mich bei meinen Ausführungen lediglich an ganz grobe Veränderungen gehalten, die, wie ich glaube, an den vorgelegten Präparaten auch für denjenigen, der die Untersuchung der Hirnrinde nicht speciell betreibt, zu erkennen sind. Sind einmal ohne Widerspruch diese Thatsachen constatirt, erst dann wird es meiner Ansicht nach Zeit sein, fernere Veränderungen zu discutiren, deren richtige Beurtheilung bei der Zartheit des Objects wie bei unseren immerhin groben Präparationsmethoden die allergrösste Schwierigkeit bietet.

II. Referate.

Anatomie.

1) **The sensory tract in the central nervous system** by M. Allen Starr. (Journ. of nerv. and ment. diseases. 1884. Vol. XI. p. 327.)

In einer 81 Seiten langen, preisgekrönten Schrift hat Verf. es unternommen, die sensiblen Bahnen des Central-Nervensystems zu bestimmen. Im Rückenmarke macht eine solche Bestimmung keine Schwierigkeiten; die betreffenden Bahnen können nur innerhalb der grauen Rückenmarkssubstanz, der Goll'schen und Burdach'schen Abtheilungen der Hinterstränge und innerhalb der directen Kleinhirn-Seitenstrangbahn gesucht werden. Weiterhin ist auch der Zusammenhang der Goll'schen und Burdach'schen Stränge mit den Kernen der zarten und der Keilstränge als gesichert anzunehmen. Von hier ab wird der Verlauf der sensiblen Bahnen zweifelhafter.

Dem Zwecke der Arbeit entsprechend giebt der Verf. eine weitläufige Uebersicht der diesbezüglichen Literatur. Die verschiedensten Methoden der Untersuchung, sowie die Ansichten von Meynert, Flechsig, Aeby, Roller, Henle und Schwalbe werden detaillirt besprochen. S. glaubt, es lasse sich aus den Angaben der genannten Autoren kein sicherer Schluss ziehen.

Er ertheilt daher genaueren Bericht über die Ergebnisse der Untersuchung eines mikrocephalischen Gehirns. Das Individuum lebte noch 7 Tage nach der Geburt. Die Schlüsse, die aus dieser Untersuchung gefolgert werden, beruhen auf der Voraussetzung, dass die Theile des Central-Nervensystems, welche gemeinsame Function besitzen, sich gleichmässig entwickeln, oder besser gesagt, gleichmässig in ihrer Entwickelung gehemmt werden. In diesem Gehirne fehlten die bekannten motorischen Bahnen; vorhanden waren ein Theil des Lemnicus und der Olivenzwischenschicht, die ganze Formatio reticularis, die grauen Kerne am Boden des 4. Ventrikels, sammt Wurzeln und Nerven, die Processus cerebelli, ein normales Kleinhirn und die entsprechenden sensiblen Bahnen im Rückenmark. Bemerkt muss werden, dass das Vorderhirn nur durch eine klumpige Masse, 1 Zoll lang, $^1/_3$ Zoll dick, vertreten war.

S. beobachtete, dass ein Theil der Fasern, von den Kernen der zarten und Keilstränge ausgehend, sich durch die sensible Kreuzung in die Olivenzwischenschicht verfolgen liess; von da an nahmen sie einen Verlauf nach aufwärts, bildeten den äusseren Theil der Schleife, wendeten sich wieder aufwärts an dem rothen Kern vorbei zur Capsula interna. Ein anderer Theil der Fasern von denselben Kernen ausgehend, erreichte die Formatio reticularis, traf da mit Fasern aus der grauen Substanz zusammen und erstreckte sich dann durch Medulla, Pons und Crura, ohne eine Kreuzung einzugehen. Die directe Kleinhirn-Seitenstrangbahn endigte in der Rinde des Lob. vermiformis (p. 352).

Weiterhin beruft sich Verf. hauptsächlich auf pathologische Fälle, in denen Sensibilitätsstörungen bemerkt und beschrieben wurden. Aus diesen Fällen, die meistens aus den letzteren Jahren seit der Veröffentlichung des Nothnagel'schen Werkes stammen, werden folgende Schlüsse gezogen: Tactile Schmerz- und Temperatur-Empfindungen, nachdem sie durch die schon angegebenen Bahnen bis in die Capsula interna gelangen, werden von da aus durch eine Bahn, die in der inneren Hälfte des hinteren Drittels liegt, in die Corona radiata befördert, von wo aus sie in den centralen und parietalen Regionen des Cortex aufgenommen werden, und sich über die bekannten Arm- und Bein-Felder vertheilen, denn hier decken sich zum grossen Theile motorische und sensible Felder. Muskelgefühle ziehen angeblich durch die Mitte des hinteren Drittels der Capsula interna.

Was die directe Kleinhirn-Seitenstrangbahn betrifft, so spricht Verf. die Vermuthung aus, dieselbe könne zu den Functionen der Viscera in Beziehung stehen! Es wird dies per exclusionem hingestellt. Directe stichhaltige Beweise sind kaum zu liefern. Was könnte man aber nicht alles den verschiedensten Bahnen anhängen, wollte man ihnen Functionen, die sonst nicht unterzubringen sind, zuschreiben!

Sachs, New-York.

Experimentelle Physiologie.

2) Ueber Localisationen der Functionen des Grosshirns, Vortrag von Prof. Dr. Goltz. (Verhandl. d. 3. Congr. f. innere Medecin III.) — **Ueber die Verrichtungen des Grosshirns,** fünfte Abhandlung von Prof. Dr. Goltz. (Pflüger's Arch. Bd. XXXIV.)

Ueber den Vortrag von Goltz, dessen Wortlaut seither erschienen ist, wurde bereits in Nr. 14 des Centralbl. referirt. Nunmehr liegt auch die ausführliche Bearbeitung der damals besprochenen Versuche vor.

G. hat diesmal entweder ganze Hirnlappen bis auf die Basis mit dem Messer abgeschnitten — beispielsweise indem er einen frontalen Schnitt unmittelbar vor dem Chiasma durch die ganze Breite und Dicke des Grosshirns führte und dann durch einen zweiten rechtwinklig auf diesem stehenden bis auf die Basis dringenden Schnitt das „Corpus callosum" trennte — oder Abtragungen von gleicher Grösse mittelst eines neuen von der White'schen Bohrmaschine bewegten Instrumentes, des Scheerenbohrers vorgenommen. Dabei wurde selbstverständlich der Seitenventrikel eröffnet und der vordere Theil des Gangliensystems entfernt. Gleichwohl blieb ein grosser Theil der Hunde am Leben.[1]

Die Untersuchung der Thiere empfiehlt G. (wie Luciani) während der Fütterung vorzunehmen. Wichtig für das Verständniss seiner Auffassung ist, dass er gegenwärtig als „Ausfallserscheinungen" das geringste Maass von Störungen, welche sich zu irgend einer Zeit und in irgend einem Falle nach einer bestimmten Hirnverletzung beobachten lässt, bezeichnet. Alle übrigen Symptome nennt er „Nebenwirkungen", indem er den Ausdruck „Hemmungserscheinungen" für dieselben fallen lässt.

Nach Abtragung eines Vorderlappens incl. der motorischen Zone ist das Thier zunächst halbseitig motorisch und sensibel gelähmt und zeigt halbseitige Sehstörungen. Nach Ablauf einiger Monate ist die Lähmung zurückgegangen und die Sehstörung kaum noch zu bemerken. Die Berührungsempfindung hat der Hund an keinem Punkte seiner Haut eingebüsst. Dagegen ist das Muskelbewusstsein dauernd geschädigt, auch tritt der Hund mit den kranken Beinen in's Leere. Nach doppelseitigen Abtragungen sind die geschilderten Erscheinungen hochgradiger, alle Bewegungen auffällig plump, das Thier gleitet leicht aus und läuft gegen niedrige Gegenstände rücksichtslos an. Ausserdem werden alle Muskeln zu einer Menge von unzweckmässigen Mitbewegungen innervirt. Ein Kliniker würde für die von Goltz gegebene Beschreibung der Bewegungsstörungen vermuthlich die Bezeichnung Ataxie gewählt haben. (Ref.) Ferner treten bei Kratzen oder Streicheln bestimmter Stellen allerlei Reflexe ein: die Zunge wird rhythmisch herausgestreckt, knuspernde Beissbewegungen, Schüttelbewegungen, Drehbewegungen des Kopfes werden ausgeführt. G. nimmt an, dass die in der Medulla oblongata und dem Rückenmark localisirten Reflexe gesteigert, die Fähigkeit der Reflexhemmung herabgesetzt sei.

Bezüglich der Sensibilität wiederholt G. unter heftiger Polemik gegen Munk mehrfach, dass die Hunde an allen Punkten ihres Körpers die Berührungsempfindung bewahren, aber schlecht tasten. (Ref. hat hierzu zu bemerken, dass G. sich irrt, wenn er meint, Ref. bestritte das Auftreten von Sensibilitätsstörungen nach Verletzungen der motorischen Zone [vgl. Archiv f. Anat., Physiol. u. wiss. Med. 1876. H. 6], dennoch vermisst er in G.'s Schilderung einen strengen Nachweis vorhandener Störungen des Tastsinnes.) Besonderes Gewicht legt G. auf wiederholt beobachtetes Auftreten allgemeiner Hyperästhesie (Ref. hat dieses Symptom bereits 1874. l. c. H. 4. S. 398 beschrieben), auf einen merkwürdigen motorischen Drang, von dem die Hunde befallen werden und auf eine Aenderung ihres Charakters, insofern sie reizbar und aggressiv werden. Bemerkenswerth ist es aber, von G. folgenden Satz zu hören: „Hochgradige dauernde Störungen in der Verwerthung der Sinne des Gesichts, Gehörs, Geruchs und Geschmacks sind nicht nothwendig selbst an eine sehr tiefe und ausgedehnte Zerstörung des Vorderhirns geknüpft." Mit Recht hebt G. endlich hervor, dass die vollkommene Durchtrennung der inneren Kapsel keinerlei dauernde Lähmung

---

[1] Man wusste bisher nicht, dass die Eröffnung der Seitenventrikel von erwachsenen Hunden ertragen würde. Es befremdet deshalb, dass Goltz den oben beschriebenen Fortschritt in der Operationstechnik nicht bereits anlässlich seines Vortrags mitgetheilt hat. In dem am Kopfe citirten Text desselben steht aber nichts davon, während das Referat in Nr. 14 des Ctbl. merkwürdigerweise allerdings einen solchen Passus enthält. Meines Erachtens hätte die peinliche Polemik mit Fritsch vermieden werden können, wenn G. sich hierüber klar ausgesprochen hätte. H.

nach sich gezogen habe und dass die Abtragung ganzer Vorderlappen keinen anderen dauernden Effect besitze, als die alleinige Zerstörung der motorischen Zone.

Sind die Hinterhauptslappen entfernt, so fehlen die geschilderten Störungen der Bewegung und der Reflexerregbarkeit, sowie Störungen des Tastsinnes vollständig. Ebenso lässt sich nachweisen, dass der Hund sehr gut hört und riecht. Dagegen versteht er — zweifellos wegen des vorhandenen Intelligenzdefectes — nicht mehr seine Sinneswahrnehmungen in der normalen Weise zu verwerthen.

Am meisten geschädigt ist das Sehvermögen. Wenn nur ein Hinterhauptslappen entfernt wird, so entsteht — wie Munk zuerst fand — homonyme bilaterale Sehstörung, abweichend von Munk's Angaben ist dies aber einmal keine absolute Blindheit, sondern vielmehr Amblyopie, zweitens geht die Grenzlinie derselben auf beiden Augen senkrecht durch die Stelle des deutlichen Sehens und drittens ist der Defect auf dem contralateralen Auge überhaupt bedeutend kleiner, als Munk annimmt. (Vgl. das Referat über die Arbeit von Loeb.) Bei doppelseitigen Zerstörungen ist die Sehstörung zwar ausserordentlich hochgradig, aber dennoch nicht absolut, keine „Rindenblindheit". Das Thier vermag noch Hindernisse zu vermeiden und weicht auch Streifen von weissem Papier aus. Wenn das Thier also auch noch sieht, so weiss es doch nichts mehr mit seinen Gesichtswahrnehmungen anzufangen.

Endlich ändert sich der Charakter auch dieser Thiere, aber im umgekehrten Sinne, so dass böse Hunde nun gutmüthig, harmlos und bedächtig werden.

Hitzig.

---

3) **Die Sehstörungen nach Verletzungen der Grosshirnrinde (nach Versuchen am Hunde)** von Jacques Loeb, Cand. med. (Pflüger's Archiv. Bd. XXXIV.)

Verf., der unter Goltz' Leitung arbeitete, hat sich die Lösung der Fragen vorgesetzt: 1) Giebt es eine Localisation der Sehstörungen in der Rinde, d. h. giebt es ein Gebiet, dessen Wegnahme nothwendig und ausschliesslich zu Sehstörungen führt. 2) Was ist das Wesen der Sehstörungen, die durch Verletzung der Grosshirnrinde bedingt sind?

Zu diesem Zweck nahm er theils mittelst des Messers, vornehmlich aber mittelst des „Scheerenbohrers" Rindenstücke verschiedener Grösse, bis zur Grösse der gesammten Munk'schen Sehsphäre fort.

1) Um das von Munk behauptete Verhältniss von dessen Stelle A^1 zur Stelle des deutlichsten Sehens zu prüfen, entfernte er a) einem nur linksäugigen Hunde rechts fast die ganze Sehsphäre: das Thier sah nachher mit der Stelle des deutlichsten Sehens (und wie es scheint überhaupt) gerade wie vor der Operation; b) einem zweiten Hunde die Rinde der Convexität beider Sehsphären: die Stellen des deutlichsten Sehens blieben intact, dagegen bestand ein Defect der lateralen Gesichtsfeldpartien, welche nach Munk einzig und allein noch hätten sehen dürfen. Bei 10 anderen Hunden, sowie bei allen sonst noch angestellten Versuchen blieb die Stelle des deutlichsten Sehens, so schwer die Störung auch sonst sein mochte, immer diejenige, die am besten functionirte. L. schliesst daraus, dass die Behauptung Munk's, dass durch Wegnahme der Stelle A^1 die Stelle des deutlichsten Sehens „rindenblind" werde, irrig sei und meint, Munk habe irrthümlich einen Defect der Aufmerksamkeit für einen solchen der Fähigkeit zu fixiren genommen.

2) Von 11 Hunden, denen L. ferner die Stelle A^1 mit mehr oder weniger grossen Theilen der Umgebung wegnahm, zeigten 7 auf dem gegenüberliegenden Auge halbseitige Sehstörung, 4 dagegen keinerlei Veränderung ihres Sehvermögens.

3) Zerstörte Verf. diejenige Partie der Hörsphäre Munk's, welche an dessen Sehsphäre grenzt, so trat bei intacten Hunden keine Sehstörung ein, dagegen sehr hochgradige neue Sehstörungen bei solchen Thieren, denen schon früher Verletzungen

der eigentlichen Sehsphäre mit vorübergehendem oder negativem Resultate beigebracht worden waren.

4) L. griff ferner die Stelle A^1 in Verbindung mit der lateralen Partie, die mediale und die vordere Partie der Sehsphäre Munk's, die Sehcentren von Luciani und Tamburini, sowie das Sehcentrum von Dalton (Gyrus angularis) an und kommt danach zu folgenden Schlussfolgerungen:

a) Jede Stelle der Rinde des Hinterhauptlappens (ebenso wie die vorgenannten Sehcentren) kann weggenommen werden, ohne dass die geringste Sehstörung darauf folgt.

b) Wenn eine Sehstörung bei einem erstoperirten Thiere eintritt, so ist es immer eine homonyme laterale Hemiamblyopie, die der Seite der lädirten Hemisphäre gegenüberliegt.

c) In allen Fällen einseitiger wie doppelseitiger Hemiamblyopie sehen und fixiren die Thiere am besten mit der Stelle des deutlichsten Sehens.

5) An Motilitätsstörungen wurde nach Verletzungen im Hinterhauptslappen eine Neigung, beim Wenden die Drehung nach der verletzten Seite zu bevorzugen, beobachtet. Schwerere Motilitätsstörungen, namentlich Abrutschen der Vorderpfoten, wenn sich die Thiere an einer Wand aufrichteten und mangelnder Widerstand bei Dislocationsversuchen (der vom Ref. sogenannte „Defect der Willensenergie", auf den auch die abnormen Drehbewegungen zurückzuführen sein werden) sah L. nach 40 Operationen nur zweimal. Die Fähigkeit, sich nach dem Gehör zu orientiren, hatte bei mehrfach operirten Thieren regelmässig, aber weit weniger als das Sehvermögen gelitten. Ueber Störungen des Geruchs und Geschmacks hat L. keine zuverlässigen Erfahrungen.

6) Nach einigen Zerstörungen im Scheitel- und Schläfenlappen sah L. gleichfalls differente Resultate; das eine Mal kam es zu Sehstörungen, das andere Mal nicht.

7) Die Natur der nach halbseitigen Eingriffen auftretenden Sehstörung besteht nach L. in der Regel nur in einer Hemiamblyopie, wenn er auch nicht in Abrede stellen will, dass gelegentlich auch einmal absolute Hemianopsie vorkomme. Der Unterschied für beide Gesichtsfeldpartien besteht lediglich in Erhöhung der Reizschwelle für die vernachlässigte Gesichtsfeldpartie.

Der Werth der vorgedachten, unzweifelhaft mit grossem Fleisse angestellten Untersuchungen wird für jeden unbefangenen Leser durch die Differenz der bei angeblich gleichen Eingriffen erhobenen Resultate erheblich verringert werden. Zwar versucht L. diese Differenz dadurch zu erklären, dass er für die Versuche mit positivem Resultat das Vorhandensein von Reizungsvorgängen zu begründen und diese Resultate selbst damit als Hemmungserscheinungen darzustellen sucht. Seine Beweisführung wird aber gerechte Bedenken gegen die Zuverlässigkeit seiner Methoden nicht zu beseitigen vermögen.

L. bespricht ferner die psychischen Alterationen bei Hemiamblyopie, Munk's Lehre von der Seelen- und Rindenblindheit, welchen er die Goltz'sche „Hirnsehschwäche" substituiren will, sowie die Licht-, Farben- und Raumwahrnehmung seiner Thiere und kommt dabei unter lebhafter, ein Referat nicht gestattender Polemik gegen Munk zu folgenden ferneren Schlussfolgerungen: Die vielbeschriebenen Sehstörungen resultiren daraus, dass die Hunde einmal ein kleineres Gesichtsfeld besitzen, dann aber dasselbe, durch ihren Blödsinn und ihre Unruhe verhindert, nicht durch passende Kopfbewegungen, wie ein gesundes Geschöpf thun würde, zur Orientirung benutzen. Die Raumwahrnehmung ist deshalb erheblich, die Licht- und Farbenempfindung jedenfalls in geringerem Grade gestört. Während somit Goltz bekannte, inzwischen auch von diesem Forscher wieder aufgegebene Vermuthung, die Thiere sähen Alles grau in grau, unhaltbar ist, seien Munk's Lehren nichts anderes als „Metaphysiologie".

Das Zugeständniss von Goltz, dass nach Abtragung eines ganzen Vorderlappens keine erheblichen Störungen der Sinne, wohl aber Störungen der Bewegung und des

Tastsinnes und nach Abtragung eines ganzen Hinterlappens keine Störungen der Bewegung und des Tastsinns, wohl aber Sehstörungen zurückbleiben, sowie die Angaben von Loeb, dass unter 40 Abtragungen im Hinterlappen nur zweimal schwerere Bewegungsstörungen eintraten, darf wohl als eine erfreuliche Annäherung der Schule Goltz' an die durch Referenten vertretene Richtung bezeichnet werden.

Hitzig.

Pathologische Anatomie.

4) Zur Lehre von der Degeneration der Nervenzellen von Lominski. (Wratsch. 1884. Nr. 37. Russisch.)

Um den Entartungsprocess an den Nervenzellen zu studiren, brachte Verf. auf experimentellem Wege traumatische Entzündungen der Intervertebral-, Sympathicusganglien, sowie des Rückenmarks von Hunden und Fröschen hervor, und untersuchte die genannten Gebilde in verschiedenen Zeiträumen. Er fand hierbei, dass emigrirende weisse Blutkörperchen in die Substanz der Zellen eindringen, indem sie sowohl an der Peripherie, als auch im Inneren des Protoplasma Defecte (Vacuolen) verursachen, durch die allmählich vollständiger Zerfall und Schwund des Zellkörpers bewirkt wird. In den Spinalganglien, wo die Zellen von Kapseln umgeben sind, bleibt zuweilen an Stelle der Nervenzellen ein Häufchen weisser Blutkörperchen zurück. Hieraus folgert Verf., dass letztere auch im Entzündungsprocesse des Nervengewebes die Bedeutung von Phagocyten im Sinne Metschnikow's besitzen (vgl. die Abhandlungen desselben in Virchow's Arch. Bd. 96, Arbeiten des zoolog. Instituts zu Wien. Bd. V und Biolog. Ctbl. Bd. III. Nr. 18).

P. Rosenbach.

---

5) On the pathology of Pseudo-hypertrophic musculatur paralysis, with remarks on a so-called degeneration of the nervous system by Geo. S. Middleton. (The Glasgow Med. Journ. 1884. Aug. Nr. II.)

Verf. berichtet sehr ausführlich über die Ergebnisse der anatomischen Untersuchung zweier Fälle von Pseudohypertrophie.

Die Muskeln boten im ersteren Fall die auch anderwärts beschriebenen Veränderungen: Verschmälerung der noch restirenden Fasern, „hyaline" oder „colloide" Degeneration (— die vom Verf. auch gebrauchte Bezeichnung „Coagulationsnecrose" passt wohl nicht —), Vermehrung des Bindegewebes, fettige Infiltration, resp. Substitution des Muskelgewebes durch Fett. Die Muskeln verschiedener Körperregionen waren in verschiedener Weise von dieser oder jener der genannten Veränderungen befallen, von der Fettumwandlung hauptsächlich die Muskeln der unteren Extremitäten, die Rückenmuskeln, die Deltoidei. Die Musculatur des Herzens zeigte, abgesehen von leichter Bindegewebsvermehrung keine Alteration. Die Musculatur der Blasenwand dagegen war verdickt, durch Zunahme sowohl des Muskel- als des Bindegewebes.

Bei der Untersuchung des centralen Nervensystems (untersucht wurden Rückenmark, Med. oblongata, Pons, Corpora striata, vordere Centralwindungen) machte dem Verf. viel zu schaffen die Deutung in grosser Zahl auftretender rundlicher oder unregelmässig geformter Gebilde, bis er nach eingehender Prüfung dahin kam, sie als durch die Härtungsmethode (Alcohol) erzeugte Artefacte anzusehen. Mit Recht! (Ref.) Es sind dies aber nach Verf. dieselben Gebilde, die Tuke's und Rutherford's „miliary sclerosis" darstellen und die auch in einem Fall von Lockhart Clarke beschrieben werden. Der Verf. zieht aus solcher Erfahrung die Lehre, dass der Alcohol ein ungeeignetes Härtungsmittel für das Nervensystem ist. Er wird damit keinem Widerspruch begegnen. Abgesehen von diesen Dingen fand sich weder im

centralen, noch in den untersuchten Abschnitten des peripheren Nervensystems (Theilen des Plexus brachialis, der Nervi ulnares und ischiadici, der Lumbalganglien vom Sympathicus) eine wesentliche Veränderung.

Dasselbe negative Resultat ergab das (in Ammon. bichrom. gehärtete) Rückenmark des 2. Falles. In den zur Untersuchung kommenden Muskelpartien (Rückenmuskeln) ähnliche Veränderungen wie im 1. Fall.

In Berücksichtigung seiner eigenen Fälle und des in der Literatur vorhandenen Materials, kommt Verf. zu dem Schlusse, dass bei der Pseudohypertrophie keine Alteration von pathologischer Bedeutung im Nervensystem nachweisbar ist.

Als Anhang giebt Verf. ausser einem klinischen Status der zwei anatomisch untersuchten noch die Schilderung zweier Fälle, Brüder von 11 und 9 Jahren betreffend, von denen der eine ein typisches Beispiel von Pseudohypertrophie darbietet, der zweite, ältere keine Volumszunahme irgend eines Muskels, sondern nur allgemeine Emaciation der Muskeln und hochgradige Parese zeigt. Mehrere Geschwister sind gesund, in der Ascendenz keine ähnliche Erkrankung. Eisenlohr.

Pathologie des Nervensystems.

6) **Die metastatischen Hirnabscesse nach primären Lungenherden** von Dr. med. R. Näther, Assistent der med. Klinik zu Leipzig. (Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 34. S. 169.)

Die Arbeit von Naether enthält die ausführliche Mittheilung von 8 Fällen, bei welchen im Verlaufe primärer Lungenerkrankungen secundäre Gehirnabscesse auftraten. Sieben dieser Fälle gelangten zur Section, einer derselben wurde gebessert aus dem Krankenhause entlassen. Die primäre Lungenaffection bestand dreimal in Bronchiectasien mit Secretstauung und reactiver Pneumonie, einmal in einer chronischen eitrigen Bronchitis, einmal in fötider Bronchitis bei ulceröser Lungenphthise, zweimal in Lungengangrän und einmal in einem alten Empyem mit einer Lungen-Pleurafistel.

Das Hinzutreten der Complication machte sich zunächst gewöhnlich durch eine Verschlimmerung des Allgemeinbefindens der Patienten bemerklich. Dumpfe Kopfschmerzen, Schwere im Kopf, Erbrechen, Schwindelgefühl und ausgesprochene Ohnmachtsanfälle traten auf, in einigen Fällen auch epileptiforme Convulsionen. Auch Herdsymptome (Hemiplegien u. a.) wurden mehrmals beobachtet. Die Eigenwärme war gewöhnlich nicht erheblich gesteigert, nur in zwei Fällen traten Schüttelfröste mit starken Temperaturerhöhungen auf. — Ueber die nähere Art der Entstehung der metastatischen Hirnabscesse ist noch nichts Sicheres bekannt. Die Diagnose ist meist leicht, wenn die Grundkrankheit bekannt und man einmal auf das relativ häufige Auftreten der Gehirnabscesse aufmerksam geworden ist. Dass die Prognose nicht immer absolut ungünstig ist, lehrt der eine in Besserung übergegangene Fall. In Bezug auf die Therapie warnt N. vor zu raschem operativen Eingreifen, da die Abscesse im Gehirn erfahrungsgemäss meist multipel sind. Strümpell.

---

7) **Ueber Spinallähmung mit Ataxie.** Von Dr. L. Löwenfeld in München. (Arch. f. Psych. etc. 1884. Bd. XV. H. 2.)

Verf. berichtet über zwei Fälle, die er längere Zeit in Beobachtung gehabt und genau untersucht hat und die nach seiner Meinung in eine bis jetzt wenig gekannte Krankheitsgruppe zu rubriciren sind. Die beiden Fällen gemeinsamen Symptome resumirt Verf. folgendermaassen: Bei zwei während ihres früheren Lebens im Wesentlichen gesunden Personen entwickeln sich in rascher Aufeinanderfolge im Laufe von $1^1/_2$—2 Monaten, ohne irgend welche Alterationen des Allgemeinbefindens, Motilitäts-

und Sensibilitätsstörungen an allen vier Extremitäten. Der motorische Defect gestaltet sich im ersten Fall als Schwächezustand ausgedehnter Muskelgruppen und steigert sich in einzelnen Muskeln nahezu bis zur Paralyse; im zweiten Fall präsentirt sich dasselbe nur als ein Schwächezustand der gesammten Extremitätenmuskulatur, der an den oberen Extremitäten jedoch einen hohen Grad erreicht. Die Bewegungsstörung beschränkt sich in beiden Fällen nicht auf die motorische Insuffizienz, neben dieser macht sich auch ein gewisser Grad von Ataxie bemerklich. Eine ausgesprochene Atrophie findet sich nur im ersten Falle und zwar an den Unterextremitäten. Dagegen finden sich in beiden Fällen an verschiedenen Muskeln deutliche Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit und zwar im ersten Falle die verschiedensten Uebergänge von der sogen. Mittelform bis zur vollständig ausgebildeten Entartungsreaction, im zweiten Fall dagegen nur die sogen. Mittelform der Entartungsreaction. In beiden Fällen Verlust des Kniephänomens, in beiden Fällen Sensibilitätsstörungen an allen vier Extremitäten sowohl subjectiver Natur, letztere in ihrer Intensität völlig den Niveau der motorischen Störungen entsprechend. Ferner in beiden Fällen Fehlen von Störungen von Seiten der Kopfnerven, sowie der Sphincteren, keine Gürtelsensationen, keine empfindliche Stelle an der Wirbelsäule, keine Störung in der Bauch- und Thoraxmusculatur. In beiden Fällen gutartiger Verlauf, baldiger Eintritt der Besserung und höchst wahrscheinlich vollkommene Heilung.

Im ersten Fall handelt es sich um eine 32jährige Frau, die notorisch dem Alcoholmissbrauch, excessivem Biergenuss ergeben war. Wesentlich zu berücksichtigen ist, unsers Erachtens, dass die Erkrankung von psychischer Störung, hochgradiger Gedächtnissschwäche, Confusion und Apathie begleitet war. — Der zweite Fall betraf einen 44jährigen, seit langem durchaus mässigen Mann. Das Kniephänomen verschwand in diesem Fall während der Beobachtungszeit und kehrte schon nach 6 Wochen wieder.

Bei der mit grosser Genauigkeit zu verschiedenen Zeiten vorgenommenen elektrischen Untersuchung ergaben sich ausser dem erwähnten Verhalten im Allgemeinen im 1. Fall manche interessante Einzelheiten. Dahin gehört das Auftreten voller Entartungsreaction in nur leicht paretischen Muskeln, ferner das Erscheinen sogen. faradischer Entartungsreaction in einzelnen Nerven, weiter das seltene Vorkommniss erhaltener und qualitativ abnormer galvanischer Nervenerregbarkeit bei erloschener faradischer. Es bot auch der zeitliche Verlauf der Erregbarkeitsveränderungen in den einzelnen Nervengebieten erhebliche Unterschiede dar.

Verf. bezieht in längerer Besprechung die Erscheinungen beider Fälle auf eine Vorderhornerkrankung, Poliomyelitis anterior subacuta, die zur Erklärung der Ataxie und Sensibilitätsstörungen mit gewissen Veränderungen der Hinterhörner oder Hinterstranggrundbündel complicirt gewesen sei.

Er stellt seinen Fällen 3 analoge aus der Literatur zur Seite, zwei von Fischer (eigenthümliche Spinalerkrankung bei Trinkern) und einen von Kahler und Pick.

In einem Nachtrag, der die neuen Forschungen von Déjérine, über die Nervotabes périphérique berücksichtigt, ist Verf. allerdings genöthigt, für seinen ersten Fall die Möglichkeit einer peripheren Erkrankung zuzugeben. Es waren noch die Mittheilungen Moeli's (auch Laucéreaux's) und die neue Arbeit von Dreschfeld (Brain, July 1884, Part. XXVI) über multiple Nervendegeneration bei Alcoholismus in Betracht zu ziehen. Nach Ansicht des Refer., der einige analoge Fälle von atrophischen Lähmungen mit und ohne Ataxie bei Alcoholikern beobachtet hat, ist die Wahrseinlichkeit einer peripheren Affection, einer multiplen toxischen Nervendegeneration, die in den feineren Aesten (sowohl der Haut, als der Muskeln) ihre grösste Intensität hat, sowohl für Löwenthal's ersten, als für G. Fischer's Fälle grösser, als die einer Spinalerkrankung. Eisenlohr.

Psychiatrie.

8) **Ueber Geisteskrankheiten in Folge hoher äusserer Temperatur** von Dr. R. Victor. (Allg. Zeitschr. f. Psych. 1883. XXXX. S. 54.)

Nach einer längeren Einleitung, in der die überall zerstreute Literatur, welche die in Folge abnorm hoher Temperaturen entstandenen Gehirn- und Geisteskrankheiten betrifft, sorgfältig gesammelt ist, theilt Verf. eine grössere Zahl eigener Krankenbeobachtungen, die ebenfalls in dieses Gebiet gehören, mit. Die Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden; hier wird es genügen, das allgemeine Ergebniss in zusammenfassender Weise zu referiren.

Alle 15 betrafen Männer, die sich in Folge ihres Berufes hatten jahrelang der strahlenden Hitze bei der industriellen Verarbeitung der Metalle (resp. als Kesselheizer) aussetzen müssen; sie standen fast sämmtlich im kräftigen Mannesalter und hatten im Allgemeinen gesund und regelmässig gelebt; nur einer wurde als Potator bezeichnet. Dagegen war bei 5 psychopathische Disposition vorhanden, und zwar 2mal Heredität, 2mal Potatorium des Vaters und 1mal illegitime Geburt; ausserdem wurden noch von einigen verdächtige Charaktereigenthümlichkeiten aus dem Vorleben erzählt.

In allen 15 Fällen begann die Geisteskrankheit allmählich: reizbare Unruhe, Unfähigkeit zum Arbeiten, Schlaflosigkeit und Kopfweh waren die gewöhnlichen Anfangserscheinungen, oft mit sich anschliessender melancholischer Verstimmung, die sich zweimal sogar bis zu Suicidgedanken steigerte. In 10 Fällen, also bei nicht weniger als bei ca. 67 % aller psychisch erkrankten Feuerarbeiter, entwickelte sich dann progressive Paralyse in den verschiedenen Formen ihres Verlaufs. Sonst handelte es sich noch dreimal um Verrücktheit und zweimal um Melancholie, doch dürfte der eine der beiden letzteren Fälle etwas zweifelhaft sein, da gelegentlich eine Sprachstörung hervortrat und da häufige Kopfcongestionen den Verdacht auf Paralyse nicht ganz unwahrscheinlich machten. (Referent hat vor Kurzem zufällig auch einen Feuerarbeiter beobachtet, dessen Psychose lange Zeit bald als Melancholie, bald als melancholisch gefärbte Paralyse angesehen werden konnte.) Mit Ausnahme des ersten Falles von Melancholie verliefen alle Erkrankungen ungünstig.

Jedenfalls ist es bemerkenswerth, dass im Gegensatz zu einer einmaligen intensiven Hitzeeinwirkung, die oft zu transitorischen Störungen der Psyche Anlass giebt, die fortgesetzte Schädigung durch strahlende Wärme fast regelmässig chronische Gehirnleiden hervorruft. Hiermit stimmt denn auch das Sectionsresultat der 9 Verstorbenen: fast immer wurde chronische Leptomeningitis und häufig auch Pachymeningitis externa (und natürlich auch interna) gefunden. Gerade die Pachymeningitis externa mit ihrer Verwachsung zwischen Dura und Calotte und dem hierfür fast pathognostischen Kopfschmerz in der Medianlinie des Schädels, deutet auf die directe Entstehung der Entzündung aus der abnormen Erhitzung des Kopfes. Mit ziemlichem Recht wird man daher auch hier von einer Gewerbekrankheit sprechen können.

Sommer.

Therapie.

9) **A Contribution to the study of Hysteria, bearing on the question of Oöphorectomy** by G. L. Walton, Boston. (Journ. of nervous and mental diseases. 1884. Vol. XI. p. 424.)

Nur solche Fälle von Hysterie werden hier in Betracht gezogen, welche evident auf ein Unterleibsleiden zurückzuführen sind. W. glaubt, dass die hysterischen Symptome grösstentheils durch eine Beeinflussung der corticalen Nervenzellen sich erklären lassen; dass dieser Einfluss, von einer Ovarial-Irritation beispielsweise aus-

gehend, durch das sympathische Nervensystem übertragen wird und in erster Instanz auf die corticalen Gefässe einwirkt. Eine plötzlich auftretende Hemianästhesie sei durch eine plötzliche Contraction der Blutgefässe in der einen Hälfte der Rinde verursacht. Dadurch, dass die Gefässcontraction nicht alle Bezirke einer Hälfte des Cortex gleichmässig betrifft, könne man sich das Ueberwiegen der sensiblen über die motorischen Symptome erklären. Bei neurotischen Individuen supponirt der Verf. eine geerbte Praedisposition zu solchen Gefässveränderungen. Mit Zuhülfenahme dieser Anschauungen erklärt W. einen Fall, in dem es sich um Hemianästhesie rechterseits, sowie um Amblyopie, mangelhaften Farbensinn und um eine concentrische Einengung des Gesichtsfeldes handelte. Linkerseits war das Sehvermögen „beinahe ganz" erloschen.

In dem vorliegenden Aufsatze handelt es sich hauptsächlich um die Frage, ob sich schwere hysterische Erscheinungen (Hystero-Epilepsie, hysterische Paralyse etc.) durch Castration beseitigen lassen. Die Antwort fällt bejahend aus. Verf. beruft sich dabei auf einen Fall von schwerer Hysterie, welcher einer Ovarien-Irritation zugeschrieben wird. Es bestand Anästhesie auf der ganzen rechten Seite des Körpers, Verlust des Geschmackssinns auf derselben Seite, Gehör (Kopfleitung) rechts schwächer als links. Gesichtssinn war normal beiderseits. Wegen schmerzhafter Menstruation und andauernden unerträglichen Rückenschmerzen wurde Castration vorgeschlagen. — Beide Ovarien wurden entfernt. Operation verlief günstig.

Der Erfolg derselben will dem Ref. jedoch nicht so glänzend erscheinen; denn obwohl sich alle Symptome bedeutend besserten, so waren sie doch nach einem Verlaufe von 4 Monaten noch nicht ganz gehoben. Es wäre von Interesse, zu wissen, ob in solchen Fällen sich der Zustand stetig bessert, oder ob sich nach Verlauf längerer Zeit die früheren Symptome wieder einstellen. Sachs, New-York.

---

10) Die Castration bei Ovarialneuralgie und Hysterie von Dr. H. Bircher in Aarau. (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1884. 15. Sept. u. 1. Oct.)

Verf. hat bei 3 Mädchen im Alter von $19^1/_2$, resp. 24, resp. 19 Jahren die Castration gemacht. Alle 3 litten an Ovarialneuralgie, der sich später allerhand hysterische Erscheinungen, melancholische Zustände mit Selbstmordgedanken u. s. w. hinzugesellten.

In allen 3 Fällen zeigten die herausgenommenen Ovarien cystöse Degeneration. Die Cysten waren allerdings nur klein: erbsen- bis haselnussgross. Der Erfolg der Operation war: im ersten Fall ein guter und, wie es scheint, noch nach 3 Jahren andauernder, im zweiten noch 2 Jahre nach der Operation noch kein vollständiger, im dritten (Beobachtungszeit etwa $^3/_4$ Jahr) scheint ebenfalls eine vollständige Heilung noch nicht eingetreten zu sein, wenn auch erhebliche Besserung vorhanden ist.

Verf. kommt zu dem Schluss, dass bei richtiger Diagnose, d. h. nur in Fällen, in denen die Hysterie als eine ovarielle aufzufassen ist und die Untersuchung die Erkrankung der Ovarien ergiebt und bei prognostischer Würdigung der Complicationen (Erkrankung anderweitiger Organe des Genitalapparats) die Ovarialneuralgie und Hysterie eine Indication für die Castration bleibt und dass diese Operation frühzeitig und richtig ausgeführt, das radicalste und meist auch einzige Heilmittel für das fragliche Leiden ist.

Die Schwierigkeit scheint dem Ref. nur in der Beantwortung der Frage zu liegen, in welchem Falle ist die Hysterie eine ovarielle? Dass ein schmerzhaftes Ovarium bei einer Hysterischen und einige Cysten in den Ovarien derselben noch nicht zur Diagnose der ovariellen Hysterie genügen, dürfte wohl zweifellos sein.

M.

Forensische Psychiatrie.

11) The case of the insane murderer Graves, recently executed in Newark by E. C. Spitzka. (American Journ. of Neurology and Psychiatry. 1884. May p. 89.)

Der auch diesseits des Oceans wohlbekannte Autor wendet sich in mit Recht entrüsteter Sprache gegen die augenblickliche Reaction, die sich gegen die Anerkennung der Unzurechnungsfähigkeit gewisser Verbrecher richtet, und die ja in dem Fall „Guiteau" bereits zu einem Justizmorde geführt hat. Noch schlimmer für die Urtheilsfähigkeit der Sachverständigen scheint allerdings der Fall „Graves" zu liegen. Ein 66jähriger decrepider Mann, von je excentrisch und seit mehreren Jahren mindestens schwachsinnig, wird von den Jungen auf der Strasse ebenfalls seit Jahren geneckt und verfolgt, und als er endlich der Quälereien müde einen der Jungen durchprügelt, dann mit dem Vater desselben in Conflict geräth, wegen Bedrohung des letzteren bestraft, und als ihm in Folge dessen seine Wohnung gekündigt wird, lauert er dem kleinen Uebelthäter auf und schiesst ihn mit einer Pistole todt. Er übergiebt sich darauf selbst dem Gerichte und wird zum Tode verurtheilt, da die Sachverständigen ihn für zurechnungsfähig erklären, trotzdem unter vielen anderen Zeichen seiner Geistesstörung constatirt wird, dass er vor Jahresfrist nur mit einer Maske auf der Strasse zu gehen wagte, weil er sich schämte, sein Gesicht zu zeigen, dass er zu öffentlichen Violinconcerten einlud, obschon er gar nicht Geige zu spielen vermochte, dass er sich für einen grossen Erfinder, nämlich eines Perpetuum mobile ausgab und speciell an der Construction einer Revolverkanone arbeitete, zu deren Ausrüstung u. A. auch seine Mordwaffe gehörte, obschon er Zeit seines Lebens nichts als ein armseliger Wollkratzer gewesen war etc.! Als dem Unglücklichen das Todesurtheil und später trotz der vielfachsten Anstrengungen mehrerer Aerzte und Juristen die Bestätigung desselben mitgetheilt wurde, hatte er nicht das geringste Verständniss von der Bedeutung dieser Acte, und zum Tode ging er ebenso nichtsahnend, „wie ein Hund, der gehängt werden soll".

Die Section ergab eine bedeutende Atrophie des ganzen Hirns: es wog nur 1295 Gramm, während der Schädelcapacität nach ein Gewicht von 1555 Gramm erwartet werden musste. Dafür bestand ein bedeutender Hydrocephalus externus und internus; durch Dilatation des linken Hinterhorns war u. A. der linke Occipitallappen in einen dünnen Sack verwandelt und an mehreren Stellen fanden sich ausgedehnte Sklerosen.

Einer der psychiatrischen Sachverständigen hatte — beiläufig bemerkt — das interessante Gutachten abgegeben: „von Jugend auf verdrehte Menschen (illy-balanced people) hätten weit weniger Aussicht geisteskrank zu werden, als Normalmenschen (well-balanced people)! Sommer.

III. Aus den Gesellschaften.

57. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Magdeburg 1884. Neurologisches aus den übrigen Sectionen.

Sitzung vom 19. Sept. In der Section für Anatomie und Physiologie demonstrirte Flesch Zeichnungen von Präparaten des Rückenmarks, welche die bei den Säugethieren constante **Krümmung des Rückenmarkes** beim Uebergang des Halstheils in den Rückentheil (— sie ist unabhängig von der Krümmung der Wirbelsäule —) veranschaulichen. Er hält diese Krümmung für den Ausdruck der der Substanz des Rückenmarks selbst zukommenden Spannungsverhältnisse, vielleicht in Folge der stärkeren Zellenanhäufung in der ventralen Hälfte des Rückenmarkes. — In der Discussion wurde gefragt, ob die Pia an den betreffenden Rückenmarken abgelöst gewesen sei. —

Flesch: über den **Bau der Hypophyse** des Pferdes. In dem als Vorderlappen bezeichneten Abschnitte des Organs finden sich in dem peripheren, aus netzartig gruppirten Zellschläuchen bestehendem Theile, zweierlei, grössere und kleinere, Zellen, welche mit ihrem differenten Verhalten gegen verschiedene Tinctionsflüssigkeiten an die beiden Zellformen der Labdrüsen des Magens erinnern. Die Reaction der grossen Zellen stimmt überein mit jener der Colloidmassen, welche in Cystchen der Hypophyse, bei dem Pferde in einer dem hinteren Lappen angrenzenden Zone, gefunden werden. Diese und die ähnlichen Befunde bei andern Thieren und dem Menschen sollen beitragen zur Nachweisung der Structurübereinstimmung der Hypophyse mit secernirenden Drüsen, resp. mit den productiven Organen des Körpers, in ähnlichem Sinne, wie dies für die Schilddrüse durch die Erfahrungen Kocher's bei deren Exstirpation geschehen ist.

Flesch: über Structur-Verschiedenheiten der **Ganglienzellen in den Spinalganglien.** F. schliesst diese Verschiedenheiten aus dem verschiedenen Verhalten der Zellen gegen die Weigert'sche Färbemethode, die einen färbten sich lichtbraun, die andern blieben ungefärbt (bei der Katze).

Section für innere Medicin.

Seeligmüller (cf. D. Med. Wochenschr. 1884. Nr. 42): **Ueber Herzschwäche.** Es giebt eine Form der Herzschwäche, welche namentlich auf Störungen der Innervation des Herzens zurückzuführen ist und besonders gern in Folge zweier psychischer Ursachen entsteht, nämlich: habituelle geschlechtliche Aufregung ohne Befriedigung (Onanie und auch das blosse fortwährende Schwelgen in erotischen Vorstellungen) und anhaltende angestrengte geistige Thätigkeit mit habitueller Verkürzung des Schlafes. — Meist sind es früher schon nervöse Männer, bei denen sich allgemeine Abgeschlagenheit nach jeder, auch geringer, körperlichen oder geistigen Leistung (bis zur Ohnmacht) einstellt. Schlaflosigkeit, Grübeleien, Kopfdruck, psychische Depression unterhalten die Schwäche; Vergesslichkeit, Zerstreutheit stellt sich ein; der Appetit ist vermindert oder krankhaft vermehrt. Die Extremitäten werden kühl, blass, cyanotisch, der Herzchoc schwach, die Töne leise, der Puls äusserst klein, oft sehr langsam. Neben diesen Fällen giebt es solche von intermittirender, facultativer Herzschwäche, in welchen das Herz noch bis zu einem gewissen Punkte leistungsfähig ist und erst dann versagt. Stets ist grosse Erregbarkeit des Herzens dabei vorhanden. — Organische Veränderung an den Klappen etc. war ausgeschlossen, ob das Herzfleisch stets intact war, bleibt dahingestellt, auch konnten in einem der Fälle die Coronararterien atheromatös sein. Von anderen Ursachen als psychischen erwähnt S.: Muskelüberanstrengung, vorausgegangener Typhus, Diphtherie, Malaria, Missbrauch von Kaffee, Thee, Alcohol, Tabak. Verschlimmernd wirken: Schreck, überhaupt psychischer Choc, körperliche Schmerzen, Neuralgien, Traumen. — Die beste Therapie ist individuell geregelter Wechsel von Ruhe und mässiger, methodisch geübter Bewegung, am besten in der Anstalt, mässig warme Bäder, kräftiges, besonders häufiges Essen, Chinin in kleinen Dosen, Gebirgs- und Seeluft. — In der Discussion betont Wagner die Schwierigkeit der Diagnose (Herzerkrankungen, Coronararterienerkrankungen, Plethora des Unterleibs bei häufig Entbundenen, abnorme Venenerweiterung der unteren Extremitäten bei Männern über 40 Jahre, Diphtheritis etc.).

[Ref. hatte in Marburg Gelegenheit, bei einem Dienstmädchen in der Genesung nach Manie einen Zustand des Herzens zu beobachten, welcher sehr an die Fälle von Herzschwäche nach Typhus oder nach Diphtheritis erinnerte und in den Rahmen des von S. beschriebenen Bildes passte. Unter Beobachtung von Ruhe und ganz mässiger täglicher Bewegung heilte auch die Herzschwäche des körperlich sonst starken und blühenden, psychisch ganz normalen Mädchens allmählich.]

Strümpell: **Ueber die acute Encephalitis der Kinder** (Poliencephalitis acuta, cerebrale Kinderlähmung). Wie bei der acuten Poliomyelitis in den grauen

Vordersäulen des Rückenmarks, so verläuft die von den Autoren noch zu wenig beachtete und jedenfalls in Vergleich zu ihrer Häufigkeit noch nicht genug gewürdigte Encephalitis acuta des Kindesalters in der grauen Hirnrinde und hinterlässt dort ebenfalls Narben, porencephalische Defecte, welche meist in der motorischen Region, also im Gebiet der Centralwindungen gelegen sind. Sie tragen deutlich noch später die Spuren des entzündlichen Ursprungs, sind also nicht congenitale Defecte. Auch der Verlauf ist mutatis mutandis ähnlich dem der Poliomyelitis. Zunächst Reizerscheinungen, Fieber, Erbrechen, Convulsionen, dann Lähmungen, Hemiplegien, welche z. Th. wieder sich ausgleichen, doch stets noch in einzelnen Muskelgruppen persistiren, ausserdem Monoplegien. Eigentliche degenerative Atrophie der Muskeln und Entartungsreaction niemals, dagegen sehr oft Wachsthumshemmung der befallenen Extremitäten. Muskelspannung oft, Contracturen seltener; gesteigerte Sehnenreflexe. Ein Theil der Kranken bleibt zeitlebens epileptisch, Beginn der Krämpfe auf der gelähmten Seite. Häufiger ist Athetose der gelähmten Extremitäten, besonders der Hand, sowie Mitbewegungen der paretischen Glieder. Bei rechtsseitiger Hemiplegie sind oft Sprachstörungen gleichzeitig; auch leidet die Intelligenz. Andere entwickeln sich geistig normal. Sensibilität und Muskelsinn erschienen nicht wesentlich gestört.

In der Discussion wird die Schilderung bestätigt, Seeligmüller hat in einem Falle auch diffuse Sclerose der weissen Substanz gefunden, daher Vorsicht bei der Diagnose von Nöthen. Berger betont das Charakteristische der initialen Krämpfe, ihr constantes Auftreten und ihre lange, oft tagelange Dauer und ihre Heftigkeit.

Chirurgische Section, 20. September.

Aus einem Vortrage von Heusner über die **Wirkungen des Blitzes** auf den Menschen sei Folgendes erwähnt. Bei einem Wettrennen wurden in einem gefüllten Zelte 20 Personen von einem Blitze niedergestreckt. 4 der Getroffenen waren sogleich todt, 16 andere erlangten ihr Bewusstsein wieder innerhalb eines Zeitraumes von wenigen Minuten bis zu einer Stunde, trugen aber der Mehrzahl nach erhebliche Beschädigungen davon. Alle zeigten leichenblasse Farbe, entstellte Gesichtszüge und auffallend kalte Extremitäten. Eine Frau verspürte nach Wiederkehr des Bewusstseins heftigen Schwindel, „als ob sich ein Caroussel in ihrem Kopfe drehe", war auch bis zum folgenden Tage apathisch und schwerbesinnlich, klagte über grosse Abgeschlagenheit und Gliederschmerzen. Ihre Unterschenkel waren viele Stunden lang bleich und kühl, wie bei Esmarch'scher Blutleere; sie empfand darin Taubheit und Kriebeln, in den Fusssohlen stechende Schmerzen. — Gehirn und Rückenmark als gute Leiter zeigen oft keine Läsionen, selbst wenn der Strahl den Kopf getroffen hat und die nervösen Symptome stehen oft in keinem Verhältniss zur Schwere der Hautverletzungen am Kopfe. Ein nach dem Befunde am Hut und an der Stirnhaut schwer getroffener Knabe zeigte Erinnerungsdefect in Betreff der letzten Scenen des Wettrennens, erbrach am ersten Tage viel und blieb noch mehrere Wochen hinfällig, trug aber keine dauernden Hirnstörungen davon. Die ebenfalls schwer verletzten Füsse waren anfangs stundenlang kalt und abgestorben, dann aber stark angeschwollen (Krampf und Parese der Gefässmusculatur). Die meisten getroffenen Personen hatten (wie dies das Gewöhnliche) keine Erinnerung an den Schlag, andere, leichter Verletzte, hatten eine Erinnerung. Einer hatte die Empfindung beim Umsinken, als ob er zerrissen würde, ein Anderer verspürte einen Schlag wie von einem dicken Pfahle im Genick, ein dritter wie von einem schweren Hammerschlage auf einen Ambos.

In der Section für Ophthalmologie

besprach Wilbrand **die concentrische Gesichtsfeldeinschränkung bei functionellen Störungen der Sehcentren und die Incongruenz hemianopischer Defecte.** Er war bestrebt, die von Thomsen und Oppenheim (Arch. f. Psych. Bd. XV.) urgirten Widersprüche, welche zwischen ihren Befunden bei postepileptischen

Stadien und den sonst gewohnten Erscheinungen der corticocentralen Hemianopsie bestehen, aufzulösen. Unter Festhaltung des anatomischen Grundgedankens der Partialkreuzung sucht er aus der Anordnung der einzelnen Fascikelfelder gewisse Grundsätze zu entwickeln, nach denen das eine Mal absolute, das andere Mal relative Congruenz oder Incongruenz der Gesichtsfeldausfallssymptome eintritt. Absolute Congruenz concentrischer Gesichtsfelddefecte bei functionellen Störungen beider Sehcentren wird dann erreicht,

a) wenn das eine Sehcentrum den gleichen Flächeninhalt darbietet, wie das andere,
b) wenn das Flächenverhältniss der kleinsten Rindenfelder des Fasciculus lateralis zu denen des F. cruciatus in beiden Sehcentren das nämliche ist, d. h. wenn die normale Ausdehnung des Gesammt-Gesichtsfeldes und eines Auges sich vollkommen in jedem Meridian mit dem des andern Auges deckt und
c) wenn der Intensitätsgrad der Störung auf beiden Sehcentren der gleiche ist.

Sind diese Verhältnisse auf beiden Seiten ungleich, so entsteht Incongruenz der concentrischen Gesichtsfelddefecte. Betreffs der begründenden Détails des Vortrages muss auf das Tageblatt verwiesen werden.

Section für Laryngologie, Rhinologie, Otiatrie. 19. Sept.

Hack: **Ueber Reflexneurosen, von der Nase ausgehend.** Ist das physiologische Schwellgewebe der Nase pathologisch verändert, oder besteht sonst ein Reizzustand innerhalb der Nase, so erfolgen (auf sympathischem Wege?) Reflexe: Niessen, asthmatische Beschwerden mit catarrhalischen Erscheinungen, Neuralgien, namentlich Zahnweh, Gastralgien, einseitige Schweisse und flüchtige Oedeme der Gesichtshaut. Siemens.

Hochgeehrter Herr Redacteur!

Herr E. Remak betont bei einer Erwähnung des Hirschmann'schen absoluten Galvanometers (Nr. 19 S. 440) mit einem gewissen Nachdruck, dass dasselbe „von ihm zuerst empfohlen" worden sei und beruft sich dafür auf das Centralblatt 1884 S. 67. Dem gegenüber möchte ich, ohne der Sache irgend welche Bedeutung beizulegen, nur constatiren, dass ich dieses Instrument nicht nur in diesem Centralblatt 1883 S. 124 bei Gelegenheit meiner Mittheilungen über elektrische Bäder bereits erwähnt, sondern auch in der deutschen medicinischen Wochenschrift 1883 Nr. 31 (S. 463 u. 464) beschrieben und zu allgemeiner Anwendung empfohlen habe. A. Eulenburg.

IV. Vermischtes.

Verhütetes Unheil. Auf die dringenden Bitten der Angehörigen wurde eine Dame aus den höheren Ständen bei ihrer Aufnahme in eine Irrenanstalt nicht genauer visitirt, da man ihre grosse Empfindlichkeit schonen zu müssen meinte. Sie litt an chronischem Verfolgungswahnsinn auf Grund allgemeiner Hallucinationen. Bald aber trat sie aus ihrer anfänglichen Selbstbeherrschung heraus und erging sich nun in so offenen und gefährlichen Drohungen, dass man den Verdacht schöpfte, sie müsse eine Waffe oder dergl. bei sich versteckt haben. Eine sofort angestellte Durchsuchung ergab dann auch — glücklicherweise ehe sie hatte davon Gebrauch machen können — den heimlichen Besitz eines Messers mit scharf zugeschliffener Klinge von 34 cm. Länge!

Ein kleineres Messer fand sich zufällig in der Rocktasche eines Melancholikers der der Irrenanstalt zu Coma zugeführt worden war. (Archiv. italian. per le malat nervos. XXI. 1884. p. 411.) Sommer.

Druckfehlerberichtigung:

S. 474 Z. 9 von unten lies: Cerebrospinalrohrinhalt.
S. 474 Z. 4 von unten lies: Röhre statt Röhren.
S. 476 Z. 20 von oben lies: Gemüthsleben statt Geschäftsleben.
S. 479 Z. 6 u. 8 von oben lies: Lagewechsel statt Lagerwechsel.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Professor Dr. E. Mendel

zu Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 15. November. No. 22.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** 1. Multiple Sklerose mit beiderseitiger totaler neuritischer Sehnervenatrophie von **Eulenburg.** 2. Ueber einige Erscheinungen epileptischer und comatöser Zustände von **Witkowski.**

II. Referate. Experimentelle Physiologie. 1. Die Bewegung der Pupille von **Jeglinski.** 2. Die Bewegungs- und Hemmungsnerven des Rectums von **Fellner.** 3. On the temperature sense; a contribution to the physiology of the skin as an organ of sense by **Pollitzer.** — Pathologische Anatomie. 4. Ein Fall von Lipombildung der Rückenmarkshäute von **Braubach.** 5. Ueber einen Fall von Luftansammlung in den Ventrikeln des menschlichen Gehirns von **Chiari.** 6. Contributo all'anatomia patologica del delirio acuto del **Rezzonico.** — Pathologie des Nervensystems. 7. Cortical lesions of the Brain; a collection and analysis of the american cases of localized cerebral disease by **Starr.** 8. Mittheilungen aus der medic. Abtheilung des herzogl. Krankenhauses zu Braunschweig von **Schulz.** 9. Sur quelques troubles nerveux consécutifs à la variole par **Quinquaud.** 10. Troubles oculaires de la sclérose en plaques par **Parinaud.** 11. Ueber die Unheilbarkeit gewisser Rückenmarkserkrankungen von **Kahler.** 12. Note sur les rapports de la trépidation épileptoide du pied avec l'exagération des réflexes rotuliens par **de Fleury.** 13. Temporale Hemianopsie von **Berry.** 14. Ueber Oculomotoriuslähmung von **Nothnagel.** 15. Fem Tilfälde af den Thomsen'ske Sygdom af **Pontoppidan.** 16. Nervöse Gastroxynsis, als eine eigene, genau charakterisirbare Form der nervösen Dyspepsie von **Rossbach.** — Psychiatrie. 17. Ueber Zwangsvorstellungen von **Höstermann.** 18. Folie du doute and Mysophobia by **Dana.** 19. Sulla follia morale — un errore di diagnosi pel **Funajoli.** 20. Der alpine Cretinismus, insbesondere in Steiermark, von **Kratter.** 21. Rupture of the heart in the insane by **Mickle.** — Therapie. 22. Glycosuria, its complications and therapeutics by **de Wolf.** 23. Unexpected recoveries; two cases contributed by **Willet.**

III. Aus den Gesellschaften.

IV. Personalien.

I. Originalmittheilungen.

1. Multiple Sklerose mit beiderseitiger totaler neuritischer Sehnervenatrophie.

Von **A. Eulenburg.**

Eine so wichtige differenzialdiagnostische Rolle die Sehnervenatrophie bei fleckweiser Degeneration der Nervencentra bekanntlich spielen kann, so ist doch die Zahl der bisher constatirten Fälle von totaler Opticus-Atrophie mit Erblindung bei der genannten Krankheit eine äusserst

geringe.[1] Fälle, in welchen die Opticus-Atrophie sich nachweisbar aus einer Neuritis entwickelte und den charakteristischen Krankheitssymptomen jahrelang voraufging, sind in der bisherigen casuistischen Literatur noch so gut wie gar nicht vertreten. Der folgende, auch in anderweitiger Hinsicht bemerkenswerthe Fall scheint mir aus diesem Grunde eine kurze Mittheilung zu verdienen.

Die 26jährige unverehelichte H. T. stellte sich zuerst den 11. März 1883 in meiner Poliklinik vor. Sie machte folgende Angaben: Von gesunden Eltern stammend sei sie bis zu ihrem 18. Jahre vollkommen gesund gewesen. Dann wurde sie (1875) von heftigen, mehrere Wochen hindurch anfallsweise auftretenden Stirn- und Hinterkopfschmerzen ergriffen, in deren Verlauf sich eine stetig zunehmende Störung des Sehvermögens einstellte. Leider wurde die Consultation eines Augenarztes und überhaupt jede rationelle Behandlung damals verabsäumt; die Kranke nahm homöopathische Medicamente und liess sich „Aalquappenöl" auf die Augen einschmieren. Rasch, schon innerhalb 4 Wochen vom ersten Auftreten der Sehstörung an, kam es zu völliger beiderseitiger Erblindung. Dabei fühlte sich Pat. noch lange Zeit ziemlich schwach und angegriffen, lag zu Bette, hatte häufige Kopfschmerzen und überdies heftige Respirationskrämpfe (Schrei- und Weinkrämpfe), mit Bewusstseinsverlust, die zuweilen bis zu zehn Malen im Laufe eines Tages sich wiederholten. Alle diese Erscheinungen verloren sich nach und nach; an Stelle der Respirationskrämpfe traten nur noch von Zeit zu Zeit kurze „Ohnmachtsanfälle" ein, die auch schliesslich wegblieben, und das Befinden war seitdem, von der totalen Erblindung abgesehen, Jahre hindurch ein fast ungetrübtes.

In dieser Zeit (am 26. März 1877) liess sich die Pat. in der Poliklinik des Hrn. Prof. Hirschberg ihrer Augen halber untersuchen. Das Protokoll der damals vorgenommenen ophthalmoskopischen Untersuchung — für dessen Aufsuchung und gefällige Übermittelung ich Herrn Prof. Hirschberg zu bestem Danke verpflichtet bin — lautet wörtlich: „Atrophia N. optici ex neuritide. Pupillen gleichmässig bläulich, und noch Spuren von Schwellung. Arterien eng. (Aufr. Bild mit — 18.)"

Erst seit dem Winter 1882/83 traten neue Krankheitserscheinungen hervor, insbesondere Zittern in den Beinen, zunehmende Gehschwäche, und ein Gefühl von Spannung in den Knie- und Fussgelenken, wozu sich zeitweise auch ziehende Schmerzen im Kreuz und in den Oberschenkeln gesellten.

Bei ihrer Vorstellung in der Poliklinik zeigte Pat. in ziemlich ausgesprochener Weise den Symptomencomplex der einst sogenannten spastischen Spinalparalyse: hochgradige Muskelspannungen und Contracturen an den unteren Extremitäten, besonders an den Extensoren im Knie- und Fussgelenk bei passiven Bewegungsversuchen hervortretend; Zittern beider Füsse und Unter-

[1] Vgl. Gnauck, über Augenstörungen bei multipler Sklerose. Neurolog. Centralbl. 1884. Nr. 14. S. 316.

schenkel bei intendirten activen und bei stärkeren passiven Bewegungen, dagegen in der Ruhelage verschwindend; äusserst intensive Sehnenphänomene incl. der sog. Periost- und Knochenreflexe. Das Kniephänomen besonders ausgebreitet und zu heftigen Patellarclonus gesteigert, überdies von der ganzen Supra- und Infrapatellargegend und längs der ganzen Tibialkante bis zu den Malleolen abwärts hervorzurufen; starker Fussclonus beiderseits (besonders links); bei Beklopfen der Achillessehne rhythmisches Schütteln, vom Fussrücken aus tonische Auswärtsdrehung des Fusses mit gleichzeitiger Zehenstreckung; Plantarreflex und andere Hautreflexe dagegen nicht erheblich gesteigert. Muskelkraft und Einzelleistung der Muskeln liessen keine wesentliche Störung erkennen, auch waren keine Atrophien vorhanden, das elektrische Verhalten in jeder Beziehung ein durchaus normales. — Die nach bekannten Methoden wiederholt vorgenommenen Prüfungen der Hautsensibilität (faradocutane Sensibilität, Ortsinn, Drucksinn, Temperatursinn) sowie der Gefühle für Stellung und Lageveränderung u. s. w. ergaben keine merkliche Beeinträchtigung dieser Functionen. Neuralgische Erscheinungen geringfügig, jedoch zeitweise Dysurie und Strangurie ohne locale Veranlassung, auch öfters Schmerzen im Gebiete der Tibiales. Menses stets normal. Keine Druckschmerzpunkte an der Wirbelsäule und im Bereiche der peripherischen Nerven. — An den Augen: Nystagmus, weite und reactionslose Pupillen, Divergenz ex amaurosi. Jede Lichtempfindung fehlte; auch die galvanische Opticus-Reaction war (wenigstens für die in loco verwendbaren Stromstärken, bis zu 4 Milliampère) beiderseits vollständig erloschen. Bei der später noch wiederholt (zuletzt am 2. August 1884) von Hrn. Prof. Hirschberg auf meine Veranlassung vorgenommenen ophthalmoskopischen Untersuchung ergaben sich deutliche Residuen der voraufgegangenen Neuritis, grünlichweisse gleichmässige Verfärbung der Sehnerven und Trübung der Substanz, so dass die Lamina cribrosa nicht zu erkennen; Gefässe unverändert. — Im Gebiete der übrigen Hirnnerven waren anomale Innervationserscheinungen nicht zu constatiren. Insbesondere fehlten auch sprachliche und intellectuelle Störungen zur Zeit gänzlich.

Behandlung anfangs mit subcutanen Silberinjectionen (Liquor argenti albuminati), lauwarmen Soolbädern, später Galvanisation in der Form galvanischer Pinselung und des Boudet'schen Vésicatoire galvanique an der Wirbelsäule abwechselnd mit Galvanisation und Faradisation der peripherischen Nervenstämme und Muskeln. — Unter dieser, ca. $1^1/_2$ Jahre lang mit grosser Ausdauer fortgesetzten Behandlung wurde ein Stillstand und theilweise Besserung der meisten Krankheitserscheinungen erzielt. Namentlich zeigten sich das Fusszittern bei activen willkürlichen Bedingungen, die Muskelspannungen und Contracturen erheblich vermindert, wodurch der Gang an Festigkeit und Sicherheit wesentlich gewonnen hatte. Dagegen bestand noch bedeutende Verstärkung des Kniephänomens und der übrigen Sehnenphänomene, sowie auch Andeutung von Fussclonus. Geringe Sensibilitäts- und Excretionsstörung. Im Uebrigen unveränderter Zustand, namentlich auch in Betreff des Sehorgans; nur giebt

Pat. an, dass sie in letzter Zeit häufig von früher nicht empfundenen subjectiven Lichterscheinungen heimgesucht wurde (silberartiges Leuchten beim Erwachen, helle Figuren von verschiedener Art im Laufe des Tages). —

Der im Vorstehenden kurz skizzirte Fall erscheint namentlich auch für die öfters schwankende Differenzialdiagnose zwischen Hysterie und multipler Sklerose nicht ohne Bedeutung. Nach den voraufgegangenen Erscheinungen, Respirationskrämpfen etc. konnte auch an eine hysterische Neurose — oder wenn man diesen neuerdings salonfähig gewordenen Ausdruck gebrauchen will, an eine „Pseudosklerose" — gedacht werden. Hierfür sprachen namentlich die im Allgemeinen nicht sehr grosse Intensität der Erscheinungen, das Fehlen mancher bei der multiplen Sklerose gewöhnlichen Krankheitsymptome (Sprachstörungen u. s. w.), und der anscheinend günstige Einfluss der angewandten Behandlung. Die voraufgegangene schwere Sehnervendegeneration, die zu totaler beiderseitiger Opticus-Atrophie mit völliger Erblindung geführt hat, machte aber die Annahme einer multiplen Sklerose in diesem Falle mindestens zu einer höchst wahrscheinlichen, und berechtigte zu der Auffassung, dass auch schon die früheren, die Entstehung des Sehnervleidens begleitenden Krankheitserscheinungen mit der Entwickelung intracerebraler entzündlicher Herde, resp. mit „congestiven Attacken" im Sinne Charcot's, im Zusammenhang standen. Es würde sich sonach gewissermaassen um eine durch mehrjähriges Intervall geschiedene zweimalige acutere Invasion, das erste Mal mit überwiegend cerebralen, das zweite Mal mit überwiegend spinalen Krankheitserscheinungen und entsprechend localisirten Degenerationsherden handeln. Beachtenswerth ist ferner, dass in diesem Falle die Neuritis der Sehnerven zu totaler Atrophie derselben mit völliger Erblindung geführt hat. Gnauck hat (l. c.) neuerdings darauf aufmerksam gemacht, dass die Atrophie des N. opticus bei multipler Sklerose neuritischen Ursprunges sein könne. Er vermuthet, dass besonders Fälle der von ihm constatirten Art mit bloss partieller (vorwiegend temporaler) Verfärbung der Papillen einen derartigen Entstehungsmodus haben; Fälle, in welchen die partielle Atrophie gewöhnlich stationär bleibt, oder doch die inneren Papillenhälften erst secundär und in weit schwächerem Grade heimgesucht werden. Der hier mitgetheilte Fall spricht wenigstens nicht zu Gunsten dieser Ansicht, da es anscheinend sehr rasch (schon in ca. 4 Wochen) zu völliger Erblindung kam und die Untersuchung später gleichmässiges Befallensein der Optici in toto auf beiden Augen herausstellte.

2. Ueber einige Erscheinungen epileptischer und comatöser Zustände.

Von **L. Witkowski.**

(Nach einem in der Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte zu Carlsruhe am 19. Oct. 1884 gehaltenen Vortrage.)

Wenn ich im Folgenden mehrfach auf frühere Mittheilungen von mir zurückzukommen und mich selber zu citiren genöthigt bin, so findet dies seine Begründung

darin, dass verschiedene der von mir für die Beurtheilung epileptischer und verwandter Zustände geltend gemachten neuen Gesichtspunkte entweder ganz unbeachtet geblieben oder Einwänden begegnet sind. Ich fühle mich deshalb verpflichtet auf einzelne Seiten des Gegenstandes zurückzukommen, wobei ich neue Beobachtungen benutze, die ich im Laufe des letzten Jahres als zweiter Arzt der Anstalt Hördt i. Els. zu machen Gelegenheit hatte.

Ich gehe aus von einer früher (Ztschr. f. Psych. 37) von mir beschriebenen Art des epileptischen Anfalls, die sehr selten und noch wenig bekannt ist. Auch Gowers in seinem an Einzelbeobachtungen so reichen Buche erwähnt sie nicht. Es handelt sich um eine momentane, von jeder Bewusstseinsstörung oder Krampferscheinung freie, reine Lähmung, die ich früher nur doppelseitig, kürzlich aber einmal auch einseitig (auf ein Bein beschränkt) gesehen habe. Diese Beobachtung ist nach verschiedenen Seiten bemerkenswerth. Meist tritt ja im epileptischen Anfall eine mehr oder weniger tiefe Störung des Bewusstseins ein, zum mindesten Benommenheit oder Schwindel; hier dagegen kommt es ganz ohne Derartiges zu einer reinen Continuitätstrennung zwischen Willen und Musculatur. Das Wesentliche liegt nur in der Vollständigkeit dieser Trennung, nicht aber in dem Verhalten des Bewusstseins, und die Constatirung dieses Verhältnisses ist von augenscheinlicher Bedeutung für die richtige Beurtheilung so mancher sonst schwer verständlicher Acte von Epileptikern. Ferner legt gerade eine solche reine Leitungsunterbrechung die Frage nach dem Sitze der Störung nahe. Man kann denselben an verschiedenen Stellen des Gehirnes suchen, wo die motorischen Bahnen wie z. B. in der inneren Kapsel eng beisammen liegen. Zieht man es aber vor, auf die graue Substanz zu recurriren, so darf ich an neuere Versuche von Christiani und Bechterew erinnern, wonach ein eng begrenztes Centrum für die Coordination der Bewegungen im centralen Grau am Boden des dritten Ventrikels sich findet. Jedenfalls machen es gerade derartige rudimentäre Anfälle mehr als wahrscheinlich, dass die noch unbekannte Veränderung, die dem epileptischen Anfalle zu Grunde liegt, nicht immer an einem und demselben Punkte, etwa der Rinde oder dem verlängerten Marke, einsetzen muss, sondern an sehr verschiedenen Stellen des Nervensystems ihren Ursprung nehmen kann. Von ihrem Ausgangspunkte aus verbreitet sie sich meist über einen grossen Theil des Gehirns und bedingt Krämpfe, Bewusstseinsstörung und Anderes; sie kann aber ausnahmsweise auch räumlich ganz beschränkt bleiben und nur rudimentäre Erscheinungen bewirken.

Bei einer erneuten Durchsicht der Samt'schen Abhandlung über epileptische Irreseinsformen ist mir in dem ersten auf Grund allerdings vorwiegend nur anamnestischer Daten so sehr genau geschilderten Falle die wiederholte, von Samt nicht weiter berücksichtigte Angabe aufgefallen, dass der aufgeregte Kranke umgefallen sei, sich aber sofort wieder erhoben habe. Es liegt nahe, hierbei an Lähmungsanfälle ähnlich den soeben besprochenen zu denken, und es ergiebt sich von selbst für mich die Gelegenheit, noch einmal meinen Zweifeln an dem Vorkommen der rein psychischen sog. Aequivalente Ausdruck zu geben.

Auf Grund vielfacher auch neuerer Erfahrungen sehe ich nach wie vor das Charakteristische der epileptischen Geistesstörung nicht nur in dem anfallsartigen Auftreten, sowie in der (nicht constant) specifischen Form des Irreseins, sondern namentlich in der Combination psychischer Symptome mit andern oft ganz vorübergehenden nervösen Störungen, die in mannigfacher Form als Krampf, Lähmung, Sopor, Schwindel, Hyperästhesie und Anästhesie, Fieber etc. auftreten können.

Je mehr man sich von der grossen Häufigkeit derartiger Anfallscombinationen überzeugt, um so mehr wird sicherlich auch die Lehre von den habituellen Charaktereigenthümlichkeiten der Epileptiker eingeschränkt werden. Ich habe bisher noch niemals etwas Beständiges derart, sondern immer nur zeitweise Charakteränderungen gesehen. Nach meiner Erfahrung kommen der reinen, uncomplicirten Epilepsie besondere intervalläre Symptome überhaupt nicht zu, dieselbe besteht vielmehr nur aus den Anfällen mit ihren Begleit- und Folgeerscheinungen: durch ihre Häufung und lange Dauer kann der Anschein des Continuirlichen erweckt werden, der sich aber bei näherer Betrachtung immer als irrig erweist.

Es ist ein Verdienst der französischen Autoren und namentlich Falret's, auf das häufige Wiederkehren ähnlicher Erscheinungen in den verschiedenen Anfällen desselben Epileptikers besonders eindringlich hingewiesen zu haben; aber man hat hieraus sehr bald in allzu schematischer Weise eine „photographische Gleichheit" aller Anfälle desselben Kranken gemacht. Meine frühere Opposition gegen diese Uebertreibung hat einen wenn auch nur bedingten Gegner in Franz Fischer gefunden, der wenigstens für vereinzelte Fälle die französische Anschauung retten zu können glaubt. Der von ihm (Berl. klin. Wochenschrift 1884) berichtete Fall erscheint mir aber nicht ganz beweisend. Bei jahrelanger Beobachtung, die ich schon früher als manchmal nothwendig bezeichnet hatte, zeigten sich auch hier wesentliche Differenzen. Aber auch in den scheinbar ganz gleichen Zeiten waren Unterschiede da. Die Deutlichkeit der psychischen Anfangserscheinungen war eine verschiedene, ebenso wechselte die Zahl der Krampfanfälle. Temperaturbeobachtungen scheinen nicht gemacht zu sein, und doch war in dem genauer beschriebenen Anfalle mit seinen tief comatösen Zuständen, incohärenten Delirien, starken Congestionen und beschleunigtem Pulse (nach meinen Erfahrungen) sehr wahrscheinlich hohes Fieber vorhanden, das bei häufiger Wiederkehr der Anfälle, wie ich regelmässig gefunden habe, niemals constant auftritt. Die psychischen Erscheinungen selbst entziehen sich nach Fischer's eigenem Geständnisse einer genaueren Analyse und können schon deshalb hier nicht allein maassgebend sein; doch zeigten auch sie mir immer um so mehr Abweichungen, je genauer ich die Einzelheiten verfolgen konnte. Dasselbe gilt für die einfachen Krampfanfälle, auf deren Analogie sich F. schliesslich beruft. Ich habe in allen mir zu Gebote stehenden Fällen genau darauf geachtet und bisher noch kein Beispiel absoluter Gleichheit aller Anfälle gefunden.

Vor einiger Zeit berichtete Siemens in diesem Blatte, er habe im Anfange

eines epileptischen Anfalls der Pupillenerweiterung eine Verengerung vorangehen sehen. Da ich mich seitdem überzeugt habe, dass Romberg und Gowers Aehnliches beschreiben und es sich also nicht um eine vereinzelte Beobachtung handelt, so möchte ich dem gegenüber ausdrücklich betonen, dass ich bisher immer von vornherein Erweiterung gefunden habe. So noch kürzlich bei einem Idioten, bei dem auffälliger Weise in der Reconvalescenz nach einem Kopferysipel eine ausserordentliche Häufung von Anfällen eintrat und öftere Beobachtung vom ersten Beginn an ermöglichte. Es kommt also augenscheinlich Beides vor. Dies stimmt auch sehr gut überein mit der von mir seit Jahren (zuerst in meinem vom Mai 1877 datirten Aufsatze über die Morphiumwirkung) vertretenen Anschauungen über die Pupillenphänomene. Wo zunächst reiner Sopor eintritt, wird die Pupille durch den Ausfall der psychischen Reize anfänglich eng sein; wo dagegen Krampferscheinungen, Respirationsstörungen oder directe vasomotorische Einflüsse sich sofort geltend machen, wird sie von vornherein erweitert werden und in den späteren Perioden des Anfalls scheinen die letzteren Factoren immer in Wirksamkeit zu treten. Schon vor Jahren hatte ich in der Strassburger Klinik Gelegenheit, beim Eintritt eines epileptischen Anfalls während des Sopors einer paralytischen Kranken die Beobachtung einer sofortigen maximalen Pupillenerweiterung zu machen.

Unter denselben Gesichtspunkt lässt sich bis zu einem gewissen Grade auch die mehrfach discutirte Pupillenverengerung in der Pause der intermittirenden Athmung bringen. Schon O. Rosenbach u. A. haben betont, wie häufig mit den Athmungsunterbrechungen anderweitige nervöse Störungen Hand in Hand gehen. Ich kann mich dem anschliessen, und betone namentlich das häufige Einschlafen Sterbender während der Athempause. Mit Wiedereintritt der Respiration schlägt der Patient die Augen auf, vollführt sonstige Bewegungen, erhebt den vorher zurückgesunkenen Kopf u. dgl. Es scheint also, als ob in solchen Fällen die geschwächte Rinde ähnlich wie das Athemcentrum für ihr Functioniren jedesmal einer Summation der normaler Weise continuirlich wirksamen Reize bedürfte.

Die „psychischen Pausen" kommen nun aber bei Sterbenden gelegentlich auch zeitlich unabhängig von den Athmungsunterbrechungen, ja sogar, wie ich einmal gesehen habe, ganz allein für sich vor. In solchen Fällen folgt nach meiner Erfahrung die Pupille, falls sie überhaupt noch reagirt, in erster Linie der Psyche; sie wird eng, sobald Schlaf eintritt, auch wenn dies unabhängig von der Athempause geschieht. Da man andererseits auch schon Athempausen ohne Verengerung und sogar mit Erweiterung der Pupille gesehen hat, so folgt aus alledem, dass dem psychischen Verhalten bei dem in Rede stehenden Phänomen eine nicht unerhebliche, wenn auch vermuthlich nicht ausschliessliche Bedeutung zu kommt.

Die von mir früher (Arch. f. Psych. XI) beschriebenen Soporbewegungen der Augen (eigenthümlich gleichförmige, mässig langsame, coordinirte Augenbewegungen) habe ich auch neuerdings ausschliesslich in den letzten Tagen vor

dem Tode eintreten sehen, so dass ich ihre übele prognostische Bedeutung auf's Neue betonen kann. Ihr diagnostischer Werth wird namentlich dadurch bedingt, dass sie während des normalen Schlafes niemals vorkommen, welchen vielmehr ausnahmslos die von RAEHLMANN und mir aufgefundenen, atypischen und viel langsameren, Schlafbewegungen der Augen charakterisiren. Hinwiederum sind die letzteren in der Agone seltener, kommen aber manchmal zwischen Sopor- und normalen Blickbewegungen mehr vereinzelt vor.

Da diesen Schlafbewegungen demnach eine gewisse Specifität für den Schlaf zukommt, so liegt es nicht fern, sie mit anderen ebenfalls specifischen Erscheinungen desselben in Beziehung zu bringen, ich meine mit den vorwiegend in Gesichtsvorstellungen sich abspielenden Träumen. Ohne hierin mehr zu sehen als eine nicht unwahrscheinliche Vermuthung, glaube ich daher meine früheren Bemerkungen (a. a. O.) über die Bedeutung dieser Erscheinungen für die Auffassung des Schlafes nunmehr speciell auf die Träume ausdehnen zu dürfen. Unter dieser Voraussetzung ist die Aufhebung der im Wachen mit regelmässiger Präcision wirkenden Coordination der Augenbewegungen sowohl untereinander, als auch mit den Pupillenschwankungen, vielleicht auch die sehr auffällige Langsamkeit dieser Ortsveränderungen der Augen, ein wichtiger Hinweis auf die dem Traumzustande entsprechenden Vorgänge im Gehirn. Jedenfalls werden wir uns nur durch das Studium derartiger factisch und regelmässig eintretender Veränderungen in den Verrichtungen des Gehirns dem Verständniss dieser schwierigen Probleme nähern können.

II. Referate.

Experimentelle Physiologie.

1) **Die Bewegung der Pupille** von Jeglinski. (Inauguraldissert. Kasan 1884. Russisch.)

Mit dem Zweck, den Einfluss der verschiedenen Nerven (Oculomotorius, Trigeminus, Sympathicus) auf die Bewegungen der Iris an Vögeln zu studiren, stellte Verf. an genannten Thieren unter Leitung des Prof. Dogiel eine Versuchsreihe mit Reizung und Durchschneidung der Nerven an, wobei er zu folgenden Resultaten gelangte:

Die die Pupille verengenden Fasern verlaufen bei Vögeln im Oculomotorius (so wie bei den Säugethieren). Im Halstheil des Sympathicus sind keine Fasern enthalten, die auf die Iris Einfluss besitzen. Der Ramus ophthalmicus des Trigeminus enthält alle Fasern, die Erweiterung der Pupille bewirken: Reizung des peripheren Endes des durchschnittenen Ramus ophthalmicus hat stets Erweiterung der Pupille zur Folge; Reizung des centralen Endes — Verengerung (durch reflectorische Erregung des Oculomotorius); bei gleichzeitiger peripherer und centraler Reizung tritt ebenfalls Verengerung auf, was dadurch zu erklären ist, dass an Vögeln der Sphincter pupillae stärker entwickelt ist, als der Dilatator. P. Rosenbach.

2) Die Bewegungs- und Hemmungsnerven des Rectums von Fellner. Aus dem Laboratorium des Prof. v. Basch. (Med. Jahrbücher. 1883. H. III. u. IV.)

Verf. constatirt als Bewegungsnerven für die Längsmuskeln des Rectums die Nervi erigentes. Getrennt davon liegen als motorische Nerven für die Ringmuskeln die Nn. hypogastrici, ein dem Ganglion mesent. post. entstammendes Nervenpaar.

Die Hemmungsnerven verlaufen ebenfalls in getrennten Bahnen und zwar sind die motorischen Nervenfasern für je ein Fasersystem mit dem Hemmungsnerven für das antagonistische Fasersystem in je einem Nervenstamme vereinigt. Hierdurch können mit motorischen Impulsen für ein Muskelfasersystem zugleich hemmende für das antagonistische zur Wirkung gelangen.

Die Beobachtung ergab, dass während der spontanen, dyspnoischen und postmortalen Bewegungen des Rectums beide Fasergattungen nicht gemeinschaftlich thätig sind, sondern dass sie sich in der Action ablösen. Die Wirkung der Hemmungsnerven fasst F. als Herabsetzung oder Aufhebung des Tonus bez. des Contractionszustandes der betreffenden Muskeln auf. Der Effect der elektrischen Reizung eines der motorischen Nerven lässt sich durch die Reizung des zugehörigen Hemmungsnerven unterdrücken. Es besteht also ein antagonistisches Verhältniss zwischen den beiden Nerven je eines Fasersystems.

Die experimentellen Untersuchungen wurden am Hunde vorgenommen. Verf. bediente sich der graphischen Methode; die Aufzeichnung geschah am Ludwig-Balzer'schen Kymographion, die Reizung der Nerven durch einen du Bois-Reymond'schen Schlitten. Rosenheim.

---

3) On the temperature sense. A contribution to the physiology of the skin as an organ of sense by S. Pollitzer. (The Journal of Physiology. Vol. V. p. 143.)

Um bei der Prüfung des Temperatursinns die Tasteindrücke sowie die Erwärmung weiterer Strecken als blos der zu untersuchenden auszuschalten, bedient sich Verf. als Wärmequelle eines nach dem Princip des Paquelin'schen Thermokauters construirten Apparats, der mittelst einer Schraube gegen eine durchbohrte Holzplatte bewegt wird. Unter dieser und geschützt vor den Wärmestrahlen liegt der zu untersuchende Körpertheil; nur die Stelle, welche unter das Loch in der Holzplatte zu liegen kommt, wird von der strahlenden Wärme getroffen. Als Temperaturmaass gilt die Entfernung der glühenden Platinscheibe von der Platte. Die mittelst dieses Apparates gefundenen Resultate sind zum Theil nicht neu, zum andern Theil nicht einwandsfrei. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Die relative Empfindlichkeit für Hitze ist an verschiedenen Körperstellen bei den verschiedenen Menschen nicht die gleiche, sie differirt bei weitem nicht so stark an den einzelnen Stellen, wie z. B. die Druckempfindung. Die Theile, an denen die anderen Hautsinne sehr scharf sind, sind es nicht desgleichen für die Wärmeempfindung. Letztere steht in keinem directen Verhältniss zur Dicke der Epidermis.

Er schliesst ferner, dass das Endorgan der Temperaturempfindung nicht dicht unter dem Rete Malpighi liegt, und zwar entnimmt er dies aus dem Umstande, dass die Differenzen in der Zeit, die zwischen der Erwärmung einer Hautstelle und der Wärmeempfindung daselbst verstreicht, nicht proportional sind der Dicke des Epidermislagers an den verschiedenen Stellen. A. Blaschko.

Pathologische Anatomie.

4) Ein Fall von Lipombildung der Rückenmarkshäute aus der medicin. Abtheilung des Cölner Bürgerhospitals, von Dr. M. Braubach, Assistenzarzt. (Arch. f. Psych. etc. 1884. Bd. XV. H. 2.)

Ein 5jähriges Mädchen, das seit Ende des 2. Lebensjahres mit Lähmung der rechten oberen und beider unteren Extremitäten (begleitet von Schmerzen, Abmagerung, später Contracturen, Herabsetzung der Hautsensibilität an Rumpf und Extremitäten) behaftet war, starb im Cölner Hospital an Lungenphthise.

Bei der Section fand sich ein 12 cm langer, 3 cm im frontalen, 2 cm im Sagittal-Durchmesser haltender, spindelförmiger Tumor innerhalb des Sackes der Dura spinalis, dessen oberes Ende 3 cm unterhalb der Spitze des Calamus scriptorius, dessen unteres Ende zwischen dem 4. und 5. Dorsalnerven sich befand. Das Rückenmark war im Bereiche des Tumors im Wirbelcanal nach vorn und links gedrängt, bandartig comprimirt und erweicht, die rechtsseitigen Nervenwurzeln plattgedrückt. Doch zeigten die rechtsseitigen Wurzeln nur geringfügige Zeichen von Degeneration, die der linken Seite überhaupt keine. Absteigende Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahnen. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors erwies, dass es sich um ein reines Lipom handelte. Dasselbe nahm seinen Ausgang von der Arachnoidea resp. Pia spinalis.

Verf. findet nur 4 Fälle von Lipombildung im Bereich der Rückenmarkshäute in der Literatur verzeichnet. Eisenlohr.

---

5) Ueber einen Fall von Luftansammlung in den Ventrikeln des menschlichen Gehirns von H. Chiari. (Ztschr. f. Heilk. 1884. V. S. 383.)

37jähr. Frau, mit hereditärer Disposition zur Tuberculose, im 27. Lebensjahre Anämie und Ohnmachtsanfälle; März 1883 Ohnmachtsanfälle mit Erbrechen; December 1883 4 Tage dauernde Uterinblutung, vor Weihnachten Kopfschmerzen mit Uebelkeit und Brechreiz, zeitweiliges Nasenbluten und ausnehmend reichlicher constanter Schleimabgang aus der Nase; zunehmende Apathie, am 26. Dec. apoplectiformer Anfall, von da ab bis zum Tode (4. Jan. 1884) bewusstlos, Lähmung in verschiedenen Muskelgruppen, bedeutende Herabsetzung der Hautsensibilität.

Section (23 Stunden post mortem bei sehr kaltem Wetter): Keine Fäulnissveränderungen; ausgeheilte Spitzentuberculose; die Calva innen beträchtlich usurirt, Dura stark gespannt, Pachymeningitis haemorrhag. int. leichten Grades rechts, die weichen Häute zart, Windungen stark abgeplattet, über dem linken Stirnlappen fluctuirend; bei Abkappung der Hemisphären durch Horizontalschnitt zeigt sich Luft als Hauptinhalt der beiden Seitenventrikel, des 3. Ventrikels und einer im linken Stirnhirn liegenden ganseigrossen Höhle. Diese letztere erwies sich als scharf begrenzt und stellenweise von einer glatten, von grösseren Blutgefässen durchzogene Höhle; nach aussen, innen und oben ist dieselbe von einer beträchtlichen Markschicht umgeben, nach vorn und unten findet sich nur eine dünne Rindenschicht und ist diese dort mit den Hirnhäuten innig verwachsen; entsprechend der innern Grenze des Gyr. orbitalis findet sich eine trichterförmige Ausstülpung der Hirnsubstanz durch eine hanfkorngrosse Lücke im medialen Rande des Orbitaltheils des linken Stirnbeins, die in eine der vom Stirnbein gedeckten vordern Zellen des linken Siebbeinlabyrinthes hineinragt; durch eine an der Spitze des Trichters befindliche miliare Lücke ist die Verbindung zwischen Nase und Höhle im Stirnhirn hergestellt, während eine solche zwischen dieser und dem Seitenventrikel durch eine über dem Kopfe des Nucl. caud. sin. in der medialen Wand der Höhle befindliche halberbsengrosse unregelmässig gezackte, hämorrhagisch infiltrirte Lücke hergestellt ist. An der Basis entsprechend

dem Trigonum intercrurale, der vorderen Fläche des mittleren und linksseitigen Ponsabschnittes, dem oberen Ende der linken Pyramide und linken Tonsilla cerebelli fanden sich umfängliche Cholesteatommassen. Unter Abwägung aller Umstände nimmt Ch. an, dass die Luft durch die Perforationsöffnung in der Decke der Siebbeinzelle schon intra vitam in die Stirnhirnhöhle und den Ventrikel eingedrungen, im Anschluss an den nach aussen erfolgten Durchbruch des Stirnabscesses. A. Pick.

---

6) **Contributo all'anatomia patologica del delirio acuto**, studio del dott. G. Rezzonico. (Arch. ital. per le mal. nervose. 1884. XXI. p. 346.)

Ein 48jähr. Mann hatte im April d. J. einen leichten Erregungsanfall überstanden und erkrankte dann am 14. Mai von Neuem unter den Erscheinungen der heftigsten Tobsucht mit massenhaften Hallucinationen aller Sinne, mit totaler Verwirrtheit und lebhaftester Agitation, bis ein Collaps mit tödtlichem Ausgang dem unaufhörlichen Rasen am 25. dess. Mon. ein Ende machte. Die Section ergab bei intacten vegetativen Organen eine colossale Hyperämie und Oedem der Meningen, der Hirnrinde und der Marksubstanz bei einem Hirngewicht von 1270 Gramm. Mikroskopisch liessen sich neben den gewöhnlichen Bildern der Hyperämie mit ampullärer Ectasie kleinster Gefässe und neben fettiger Degeneration der Adventitia verschieden grosse Emboli nachweisen, die einzig aus zusammengehäuften Mikrokokken bestanden. (Tinction mit Gentianablau.)

Verf. macht darauf aufmerksam, dass schon Briand 1882 dreimal unter 7 Fällen von Delirium acutum Bacillen im Blut gefunden habe; Voisin habe ähnliche Organismen im Blut von Paralytikern beobachtet, doch habe er ihr Vorkommen auf eine Infection zurückführen zu müssen geglaubt, die von oberflächlichen Hautverletzungen ausgegangen sei. In dem Falle des Verf. fehlte aber jede äussere Verletzung und auch die inneren Organe, die freilich nicht mikroskopisch untersucht worden waren, erwiesen sich als normal. Verf. fordert dringend auf, bei etwaiger Gelegenheit das Blut der an Delirium acutum Leidenden genau zu untersuchen. Sommer.

Pathologie des Nervensystems.

7) **Cortical lesions of the Brain. A collection and analysis of the american cases of localized cerebral disease** by A. Starr. (American Journal of the med. Science. 1884. April and July.)

Verf. hat 99 in Amerika publicirte Fälle von Läsionen der Grosshirnrinde, unter ihnen einige eigene Beobachtungen in sorgfältiger Weise nach Hirnregionen zusammengestellt und von dem Standpunkte eines Anhängers der Localisationslehre strenger Observanz besprochen. Die einzelnen Fälle sind von höchst verschiedenem Werth, besonders bemerkenswerth die Folgenden.

Fall V. Die durch die rechte Orbita in den Stirnlappen eingedrungene $4^7/_{10}$ Zoll lange und $^1/_2$ Zoll breite Schwanzschraube einer Flinte verursachte 5 Monate lang, bis man sie entfernte, keinerlei Hirnsymptome.

Fall XXIV. Epileptische Anfälle 4—5mal jährlich, regelmässig durch Geruchshallucinationen eingeleitet: Erweichung des Gyrus uncinatus und seiner Umgebung.

Fall LI. Klonische Krämpfe und Parese der linksseitigen Zygomatici: „An der Oberfläche der rechten vorderen Centralwindung in ihrem untere Drittel ein kalkig degenerirter Knoten halb so dick wie die Rinde, welcher durch Embolie einer kleinsten Arterie hervorgebracht war.

Fall LXXII. Krämpfe, dann Hyperästhesie und Parese im rechten Arm und vornehmlich Bein, Stauungspapillen: Gumma von den Häuten ausgehend hatte die

oberen Enden der gleichseitigen Centralwindungen comprimirt und ihre Rinde erweicht.

Uebrigens ist hervorzuheben, dass Starr dazu neigt, Charakterveränderungen mit Läsionen der Stirnlappen und Sensibilitätsstörungen mit Läsionen der hinteren Centralwindung und ihrer parietalen Nachbarschaft in Verbindung zu bringen.

Hitzig.

---

8) **Mittheilungen aus der medicinischen Abtheilung des herzoglichen Krankenhauses zu Braunschweig (1883)** von Dr. Richard Schulz. (Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 35. S. 458.)

Von den die Erkrankungen des Nervensystems betreffenden Beobachtungen dieses Jahresberichts ist eine (**unilaterale temporale Hemianopsie**) bereits in Nr. 20 dieses Centralblatts besprochen worden. Es erübrigt uns noch ein Bericht über die anderen mitgetheilten Fälle.

1) **Tabes dorsalis.** Bei einem 38jährigen Gärtner, welcher 1874 ein Ulcus molle gehabt, 1879 vorübergehende Parese des linken Beins, Kopfschmerzen und rechtsseitige Augenmuskellähmungen dargeboten hatte, entwickelten sich im Juli 1883 schwere tabische Symptome: Ataxie mit Parese der Beine, aufgehobenes Muskelgefühl, verschwundene Patellarreflexe, Sensibilitätsstörung an den Beinen, Blasenschwäche etc. Der Kranke wurde mit Jodkalium (1,5 Gramm pro die), Sublimatinjectionen von 0,01 einen Tag um den andern und lauwarmen Soolbädern behandelt. Es trat eine rasche auffallende Besserung ein, so dass namentlich der Gang wieder fast völlig normal wurde. Sensibilität besser. Patellarreflexe blieben aufgehoben.

2) **Paralysis diphtheritica mit Ataxie.** Anfang Juli 1883 schwere Diphtherie bei einem 12jährigen Mädchen. Nach 3 Wochen Gaumenlähmung und bald darauf Gehstörung. Taumelnder Gang. Parese und Ataxie der Beine. Hautsensibilität zerstört, Muskelgefühl normal. Patellarreflexe aufgehoben. Elektrische Erregbarkeit quantitativ herabgesetzt, qualitativ nicht verändert. Nach Galvanisation, Bäder, Ferrum u. dgl. in ca. 6 Wochen Heilung. Die Patellarreflexe waren aber noch nicht zurückgekehrt.

3) Fall von **doppelseitiger rheumatischer Peroneuslähmung** nach eclatanter Erkältungsursache. Nach 3 Monaten vollständige Heilung.

4) **Neuritis plexus brachialis sin. syphilitica.** Nach einer acuten Handgelenksentzündung trat Lähmung des linken Arms und der linken Hand ein. Sensibilität nur wenig herabgesetzt. Nervenstämme auf Druck sehr empfindlich. Muskeln etwas atrophisch (elektrische Erregbarkeit nicht erwähnt). Da die galvanische Behandlung keinen rechten Erfolg hatte und da sich am Rumpf immer undeutliche Roseola zeigte, so wurden, obgleich Pat. eine Infection leugnete, Sublimatinjectionen verordnet, welche eine rasche Heilung bewirkten. Ex juvantibus und aus dem Vorhandensein des Exanthems diagnosticirt S. eine syphilitische Neuritis. Die anfängliche Handentzündung wird als „vasomotorische Störung" aufgefasst. (Die Diagnose scheint Ref. nicht ausser allem Zweifel zu sein. Die Neuritis könnte sich auch an die Gelenkaffection angeschlossen haben.)

5) **Myelitis dorsalis chronica** bei einer 22jährigen Arbeiterin. Rascher Verlauf. Typischer Sectionsbefund.

6) **Abscess des rechten Kleinhirns.** 24jähr. Schuhmacher. Vor 10 Jahren eitriger Ausfluss aus dem rechten Ohr. Dauernde Schwerhörigkeit desselben. Rechtsseitige Facialislähmung. Kopfschmerzen, taumelnder Gang, Erbrechen, Pulsverlangsamung. Tod im Coma. Die Section ergab in der rechten Kleinhirnhemisphäre einen wallnussgrossen Abscess. Felsenbein konnte nicht untersucht werden; doch hängt der Abscess wohl zweifellos mit einer alten Caries desselben zusammen. Tuberkelbacillen konnten in den Abscesseiter nicht nachgewiesen werden.

Strümpell.

9) Sur quelques troubles nerveux consécutifs à la variole (fausse ataxie) par Quinquaud. (L'Encéphale. 1884. No. 1, 33.)

Ausser den bekanntlich bei Variola nicht selten auftretenden Fällen von Seelenstörung (Gehörs- und Gesichtstäuschungen, Demenz) mit meist günstiger Prognose treten im Anschluss an Pockenerkrankung auch Anästhesien und Hyperästhesien mit und ohne motorische Störungen auf. Bemerkenswerth ist besonders ein atactischer Symptomencomplex, welchem cerebrale Störungen: Sprachstörungen, Kopfzittern, Incoordination der Glieder vorhergehen. Die Sensibilität und die Muskelkraft war meist erhalten. Alle Symptome tendirten zur Heilung. Siemens.

---

10) Troubles oculaires de la sclérose en plaques par Parinaud. (Hospice de la Salpétrière. Progrès méd. 1884. No. 32. Août.)

Im Anschluss an die bekannte Arbeit von Gnauck und Uhthoff, sowie an eine Reihe von Veröffentlichungen, die wir Charcot verdanken, stellt Parinaud in der vorliegenden Arbeit alles Wissenswerthe über diejenigen Augenstörungen zusammen, die bei der disseminirten Sklerose gefunden zu werden pflegen: Dieselben können befallen a) die Muskeln: Es findet sich Lähmung oder Schwäche der Associationsbewegungen der beiden Augen; Diplopie besonders in den Anfangsstadien der Krankheit und häufig nach kurzem Bestehen wieder verschwindend; Nystagmus, jenes sehr charakteristische und besonders wichtige Symptom der Sklerose, welches P. direct auf die Schwäche der Associationsmuskeln des Auges zurückführt und als „Intensionszittern" der paretischen Augenmusculatur aufzufassen geneigt ist. — Den „unstäten Blick", welchen man an Sklerotischen beobachten soll, bringt der Verf. ebenfalls mit den Associationsstörungen in Zusammenhang. Die geschilderten Symptome seien centralen Ursprungs, periphere Läsionen der Augenmuskelnerven seien viel seltener, einmal sei von Charcot eine Abducenslähmung, hie und da das Auftreten einer Ptosis beobachtet worden. — Ferner gingen Störungen aus von b) der Iris: Ungleichheit der Pupillen, besonders in den ersten Perioden der Krankheit. In einer späteren Epoche herrsche Myosis vor; die Pupillenreaction auf Licht und Accommodation sei erhalten zum Unterschiede von der Tabes, bei welcher die Reaction auf Licht zu fehlen pflege. — Häufig finde man sogar eine gewisse Steigerung der betreffenden Reflexerscheinungen im Vergleiche mit gesunden Augen. Die tabische Myosis nennt P. eine Myosis durch Lähmung, die sklerotische eine Myosis durch Contractur. — Was c) den Nervus opticus betrifft, so soll sich nach P.'s Erfahrung die sklerotische Amblyopie, welche von Erkrankung des Nerven ausgeht, in drei verschiedenen Formen geltend machen. Die erste besteht in einer sich langsam entwickelnden Sehschwäche, in Störungen des Farbensinns, ohne bemerkenswerthe Veränderungen des Augenhintergrundes, nur in vorgerückteren Stadien werden die Papillen etwas blasser. Die zweite Form ist charakterisirt durch ein rapideres Eintreten der Sehstörung, die bis zur Blindheit fortschreiten kann; letztere soll aber gewisser Remissionen und Besserungen fähig sein; nachweisbare Veränderungen des Gesichtsfeldes; sehr ausgesprochene weisse Verfärbung der Papille. — Im Gegensatz zu Magnan und Gnauck und in Uebereinstimmung mit Charcot behauptet P., dass es bei der Sclérose en plaques niemals zu definitiver Blindheit komme, was bei der Atroph. n. optici der Tabes so häufig der Fall sei. — In der dritten Form der Amblyopie, die viel seltener sei, finden sich einseitige Sehstörungen, unregelmässige Gesichtsfeldbeschränkung, weisse Papille, Farbensinnstörungen seien aber nicht zu constatiren; in einem Falle hatte P. eine Neuritis optica sich entwickeln sehen. — Die beiden ersten Formen der Amblyopie seien von centralen Läsionen, die dritte aber wahrscheinlich immer durch einen Plaque bedingt, der seinen Sitz auf dem Nerven selbst habe: Autopsien hätten diese Annahme bestätigt. — Am Schluss

macht Parinaud auf die Bedeutung der Augensymptome als differentiell-diagnostische Hülfsmittel anderen Affectionen des Centralnervensystems besonders der Tabes gegenüber aufmerksam. Laquer.

11) **Ueber die Unheilbarkeit gewisser Rückenmarkserkrankungen**, Vortrag von Kahler. (Prager med. Wochenschr. 1884. Nr. 31 ff.)

Nach einer allgemeinen Einleitung über die relativ ungünstige Prognose der spinalen Affectionen bespricht K. eingehender die der Systemerkrankungen, und nachdem er die Frage: „die Heilbarkeit der Tabes" erörtert, berichtet er über Thierexperimente, deren Fragestellung so lautete: ob ein degenerirtes Fasersystem unter den günstigsten Bedingungen zur Regeneration bei entsprechender Lebensdauer sich regenerirt. Als solche günstige Bedingung müsse die Ligatur oder Quetschung hinterer Rückenmarkswurzeln angesehen werden; doch gelang der Versuch erst an 8—12 Wochen alten Hunden, und zwar wurde jedesmal die hintere Wurzel des 1. und 2. Sacralnerven und der 3—4 unteren Lendennerven in entsprechender Entfernung des Rückenmarkes, zuweilen mit den vordern Wurzeln zusammen, mittelst einer starken Pincette durch $^1/_2$ Min. gequetscht. Von den Folgeerscheinungen ist bemerkenswerth, dass die Lähmung und Atrophie bei gleichzeitiger Quetschung der vorderen Wurzeln nach einiger Zeit vollständig schwanden, das ferner auch nach isolirter Quetschung der hinteren Wurzeln motorische Störungen beobachtet wurden, die das Merkmal der Ungeschicklichkeit trugen. Die Anästhesie und das Fehlen der Sehnenreflexe bestanden selbst nach einem Jahre noch fort und bei starkem Kneifen der Zehen zeigten sich nach einigen Monaten Schmerzäusserungen; in einem Falle sehr lebhafte.

Die Untersuchung ergab nun eine schon nach 4 Wochen beginnende Regeneration der central von der Quetschungsstelle liegenden hinteren Wurzelabschnitte, die nach einem Jahre eine anscheinend vollständige war. Von Rückenmarken kamen 2 (Fall I nach halbjähriger, Fall II nach ganzjähriger Dauer) zur Section. Fall I. Im Hals und Brusttheil ausgesprochenes Degenerationsdreieck im Hinterstrang, das nach abwärts zu grösser wird; 3—4 Wurzelhöhen oberhalb der gequetschten Wurzeln der entsprechende Hinterstrang um $^1/_3$ verkleinert, das Degenerationsfeld liegt medial; in der Höhe des 1. und 2. Lendennerven der Hinterstrang auf die Hälfte reducirt, der mediale Antheil desselben völlig degenerirt und geschrumpft, das Hinterhorn nicht verkleinert, dagegen die aus dem Hinterstrang an dessen medialer Seite einstrahlenden Faserzüge beträchtlich verschmälert, welch' letzterer Befund gegen die Operationsstelle bis zu völligem Fehlen sich steigert. Die Fasern der Clarke'schen Säule etwas weniger dicht, als die der nicht operirten Seite. Im Operationsgebiete finden sich die hochgradigen Veränderungen aber immer auf Hinterstrang und Hinterhorn beschränkt; beide sind auf die Hälfte reducirt. Das Markfasernetz im Hinterhorn ist völlig verschwunden, an günstigen Schnitten liess sich nachweisen, wie die regenerirten markhaltigen Fasern der hinteren Wurzel an der Eintrittsstelle in das Mark plötzlich verschwinden. Fall II bot einen ähnlichen nur noch hochgradigeren Befund dar.

K. schliesst aus diesen Befunden, dass eine Regeneration degenerirter Rückenmarkssysteme nicht stattfindet, und dass klinisch constatirte Restitution auf vicarirende Function zu beziehen ist.

Als naturgemässer Excurs seiner Arbeit ergiebt sich für K. die Besprechung der neuen Arbeiten von Pericles Vejas, Bechterew und Rosenbach; beide bekämpft er auf Grund eigener Versuche auf's Schärfste. A. Pick.

12) Note sur les rapports de la trépidation épileptoide du pied avec l'exagération des réflexes rotuliens par M. Maurice de Fleury. (Rev. de méd. 1884. Août p. 656.)

Obgleich in zahlreichen Krankheitsfällen gleichzeitig eine Steigerung der Patellarreflexe und ein deutliches „Fussphänomen" beobacht wird, so kommt es nach F. doch keineswegs selten vor, dass ein starker Fussclonus hervorgerufen werden kann, während der Patellarreflex gleichzeitig keineswegs erhöht ist, ja sogar abgeschwächt sein kann. In fünf mitgetheilten Fällen (1. chronischer Rheumatismus, 2. rechtseitiger Unterschenkelbruch, 3. Fungus am rechten Tarsus, 4. Luxation im rechten Tibio-Tarsalgelenk, 5. Contusion des linken Tibio-Tarsalgelenks) zeigte sich am betroffenen Fuss zeitweilig starker Dorsalclonus, während der Patellarreflex normal war. Bei drei Typhuskranken (zwei bereits in der Reconvalescenz, einer noch auf der Höhe der Krankheit) konnte F. beiderseitiges Fussphänomen constatiren, während die Patellarreflexe ganz oder fast ganz fehlten. — Interessant ist endlich die Beobachtung von F., dass man durch Hervorrufen einer künstlichen localen Anämie des ganzen Beines mit Hülfe der Esmarch'schen Binde den Fussclonus nach wenigen (6—14) Minuten zum Verschwinden bringen kann. In fünf mitgetheilten Versuchen (betreffend 3 Hemiplegische und 2 Kranke mit multipler Sklerose) hörte das vorher sehr lebhafte Fussphänomen nach Anlegen der Binde am Oberschenkel auf, während dagegen die sehr lebhaften Patellarreflexe und ebenso auch der Reflex beim directen Beklopfen der Achillessehne unverändert blieben. . Bemerkenswerther Weise liess auch die bei den Hemiplegischen im Beine bestehende mässig starke Contractur während der Anämie nach. Nach Abnahmen der Binde traten die Contractur und der Fussclonus alsbald wieder ein.

Verf. lässt sich auf theoretische Erörterungen nicht ein. Er bemerkt nur, dass die beiden Erscheinungen Fussphänomen und Patellarreflex, auf welche derselbe Eingriff eine so verschiedene Wirkung äussert, „nicht von derselben Natur sein könnten." (Ist nicht vielleicht die Compression der Nerven beim festen Umschnüren des Beines mit in Betracht zu ziehen und erklärt sich nicht vielleicht hieraus das verschiedene Verhalten der Sehnenreflexe im anämisch gemachten Beine? Ref.)

Strümpell.

---

13) Temporale Hemianopsie von G. A. Berry in Edinburgh. (The ophthalmic. Review. 1884. June.)

Zu den 39 vom Referenten[1] zusammengestellten Fällen von temporaler Hemianopsie [wozu noch 3 Fälle von Schöler (Jahresb. d. Augenklinik für 1881 S. 40; Beiträge zur Pathol. d. Sehnerven und der Netzhaut. Berlin 1884. S. 61 u. 65). — 2 Fälle von Nieden (Arch. f. Augenheilk. XII. 30). — Ein Fall von Steinheim (Ctrlbl. f. Augenheilk. 1881. S. 234). — Ein Fall von Treitel (Ctrlbl. f. Augenheilk. 1881. S. 320). — Ein Fall von Gowers (ref. Ctrlbl. f. Augenheilk. 1881. S. 465). — Ein Fall von Gnauck (Neurolog. Ctrlbl. 1883. Nr. 9). — Ein Fall von Ross (Brit. med. Journ. 1881. I. p. 852; ref. Jahrb. f. Ophthalm. XII. S. 308 mit Sectionsbefund hinzugekommen)] fügt der Verf. noch 2 neue Fälle:

1) Ein 28jähr. Patient kam am 28. März 1882 wegen einer seit Monaten bestehenden Sehstörung. Sehnerven sehr bleich, S = $^{20}/_{100}$ links, $^{20}/_{40}$ rechts; temporale Hemianopsie zum Theil unvollständig, nach einem Jahre vollständig. Lues. Am 8. Februar 1884 betrug die Sehschärfe = $^{1}/_{50}$; am 23. März trat vollständige Blindheit ein.

2) Eine 32jähr. Patientin kam am 22. August 1883 wegen Sehstörung. Beiderseits waren die Sehnerven blass. Auf dem linken Auge bestand Amaurose; rechts

[1] Wilbrand, Ueber Hemianopsie und ihr Verhältniss zur topischen Diagnose der Gehirnkrankheiten.

war die Sehschärfe = $^{20}/_{100}$ und fehlte hier die temporale Gesichtsfeldhälfte. Es bestand Kopfschmerz. Die Menstruation hatte seit dem 23. Jahre aufgehört. Kalte Douchen und salinische Wässer wurden empfohlen. Am 18. October Besserung. Links Finger auf einige Fuss, rechts stieg die Sehschärfe auf $^{20}/_{70}$. Beiderseits Hemianopsia temporalis. Polyurie für einige Monate. Am 19. April 1884 betrug die Sehschärfe auf dem linken Auge $^{20}/_{100}$, rechts $^{20}/_{50}$. Wilbrand, Hamburg.

---

14) Ueber Oculomotoriuslähmung von Prof. Nothnagel. (Sitzungsber. d. k. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien. Wiener med. Pr. 1884. S. 306.)

Der Verf. spricht über Fälle doppelseitiger Oculomotoriuslähmung, bedingt durch ganz verschiedene Ursachen.

Ein Fall bot das Bild einer Polioencephalitis anterior superior chronica dar, im anderen Falle fand sich ein Tumor im Wurme des Cerebellum, welcher auf die Corpora quadrigemina übergriff, und bei dem 3. Falle bestand eine beiderseitige Erweiterung der Arteria cerebri posterior, welche Druckatrophie beider Nervi oculomotorii erzeugt hatte. Wilbrand, Hamburg.

---

15) Fem Tilfälde af den Thomsen'ske Sygdom (Myotonia congenita) af Dr. Knud Pontoppidan. (Hosp.-Tidende 1884. 3. R. II. 34.)

Verf. theilt 5 Fälle von Thomsen'scher Krankheit mit, von den 4 an 2 Geschwisterpaaren zur Beobachtung kamen. — Im 1. Falle war der Pat. 17 Jahre alt; eine seiner Schwestern, die jünger war als er, litt an derselben Krankeit, während seine Zwillingsschwester und 3 andere Geschwister gesund waren. Sonst war die Krankheit bei keinem Gliede seiner Familie vorgekommen, dagegen zahlreiche Neuropathien anderer Art. Die Bewegungsstörung war vorhanden, so lange sich der Kranke erinnern konnte, und trat auf, wenn er lange gesessen hatte, wenn er eine Treppe hinaufstieg, was er nur langsam, mit steifen Beinen und watschelnd konnte. Ausserdem war er stets bei gewissen complicirten Bewegungen gehindert, namentlich bei der Bewegung der Arme nach hinten; wenn er den Arm lange in gezwungener Stellung gehalten hatte, konnte er ihn nicht wieder aus derselben bringen, auch an anderen Gliedern zeigte sich das Leiden, z. B. am Daumen; wenn der Orbicularis oculi reflectorisch durch Bewegung gegen das Auge hin in Contraction gebracht worden war, blieb die Contraction etwa $^1/_4$ Minute, auch beim Niesen trat dasselbe ein, beim Kauen hatte Pat. anfangs ein strammendes Gefühl. Die Bewegungen des Kopfes und der Augen waren ungehindert, gymnastische Uebungen konnte Pat., wie er behauptete, ohne Schwierigkeit machen. Der Kranke war im Allgemeinen schwach gebaut, aber die Schenkelmuskeln waren hypertrophisch, namentlich die Adductoren, die Schenkel hatten an den dicksten Stellen 48 und 47, die Waden 34 und 33 Centimeter Umfang, der Oberarm dagegen nur 20. Die Kniereflexe waren sehr schwach, durch Faradisation hervorgerufene Contraction der Muskeln überdauerten die Einwirkung des Stromes und dann blieben die Muskeln noch minutenlang in einem halbcontrahirten Zustand, und zwar auch die Muskeln, an denen man keine Functionsstörung nachweisen konnte. Die galvanische Reizbarkeit der Muskeln war entschieden erhöht, auch nach Galvanisation verlor sich die Contraction erst allmählich. Die mechanische Reizbarkeit der Muskeln war nicht merklich erhöht. — Bei der 7 Jahre alten Schwester des 1. Kranken war die Störung in etwas geringerem Grade vorhanden, als bei dem Bruder und bemerkt worden, als das Kind zu laufen begann. Die Musculatur war im Ganzen kräftig, unverhältnissmässig aber an den Beinen, namentlich waren die Vasti externi sehr entwickelt. Die Muskeln reagirten normal auf alle Arten von Reiz, die Kniereflexe waren sehr schwach. Sensibilitätstörungen waren

nicht vorhanden; auch sonst fand sich nichts Abnormes an dem Kinde. — Der 3. Fall betrifft einen 24 Jahre alten Mann, dessen Vater und Bruder an derselben Krankheit litt wie er, ebenso zwei Schwestern, die eine aber nur andeutungsweise, auch zwei Vettern sollten dieselbe Krankheit haben, sonst weiss Pat. nichts von Neuropathien in seiner Familie. Afficirt waren bei diesem Kranken die Muskeln an den Beinen, an Händen und Armen und am Gesicht. Die Beine waren herkulisch entwickelt, namentlich die Schenkelmuskeln, der Umfang an der dicksten Stelle des Vasti externi betrug 57 Centimeter, der der Unterschenkel 38, der der Unterarme 29 und 30 Centimeter. Auch die Mm. deltoidei, sowie die Cucull. und Sternocleidom. waren hypertrophisch, aber in geringerem Grade, die Extens. dorsi und die Glutaei waren dagegen nicht hypertrophisch. Mittels der Harpune aus dem rechten Vastus ext. entnommene Muskelfasern zeigten bei der mikroskopischen Untersuchung nichts Abnormes. Die mechanische und faradische Erregbarkeit war erhöht, namentlich in den Schenkelmuskeln, und die Abnahme der Contraction erfolgte nur allmählich und langsam, nach wiederholter Reizung aber rascher und schliesslich eben so rasch wie im normalen Zustande. Die Sehnenreflexe waren schwach. — Der 4. Fall betraf den 23 Jahre alten Bruder des vorhergehenden Patienten; die Symptome, sowie die Maasse stimmten genau mit denen des Bruders überein, nur schien die Störung in den Armen geringer und die Sehnenreflexe waren normal. Bei beiden Brüdern bestanden keine Sensibilitätsstörungen. — Bei dem 5. Kranken, der geisteskrank war, bestand gegen den übrigen schwächlichen Habitus stark abstechende Hypertrophie der Muskeln an den unteren Extremitäten und Störung der Intention gewisser Bewegungen, namentlich beim Aufstehen aus dem Bett. Walter Berger.

---

16) Nervöse Gastroxynsis, als eine eigene, genau charakterisirbare Form der nervösen Dyspepsie von Prof. M. J. Rossbach. (Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 35. S. 383.)

R. weist darauf hin, dass der Name der „nervösen Dyspepsie" von Leube nicht ganz zweckmässig gewählt sei, da es sich, wenigstens bei dem von Leube beschriebenen Symptomencomplex gar nicht um eine wirkliche Dyspepsie, eine Störung der Verdauung, handele. R. schlägt daher für den in Rede stehenden Zustand, bei welchem die Verdauung normal vor sich geht, aber von allgemeinen nervösen Störungen, wie Druck im Epigastrium, Aufstossen, Uebelkeit, Schläfrigkeit, Kopfschmerz, hypochondrischer Verstimmung u. dgl. begleitet ist, die Bezeichnung „digestive Reflexneurose" vor. Ausserdem wird aber der Name „nervöse Dyspepsie" auch noch für verschiedene andere Symptomencomplexe gebraucht, welche alle noch einer näheren Erforschung bedürfen.

R. beschreibt ausführlich einen angeblich eigenartigen und scharf charakterisirbaren Symptomencomplex, welchen er „nervöse Gastroxynsis" (von γαστήρ und ὀξύς) nennt. Derselbe kommt fast nur in den gebildeten Ständen vor und betrifft namentlich solche Menschen, welche sich vieler und anhaltend geistiger Anstrengungen unterziehen. Die Krankheit tritt in Anfällen auf, welche sich in Wochen oder Monate langen Pausen folgen und 1—3 Tage dauern. Die Anfälle werden oft durch eine geistige Aufregung, durch Rauchen oder dgl. hervorgerufen; sie beginnen meist vor, seltener nach dem Essen. Die ersten Symptome sind Kopfschmerzen und ein höchst unangenehmes Gefühl von „Schärfe, Aetzung im Magen". Die Kranken sehen dabei blass und angegriffen aus. Zuweilen tritt Kriebeln in einer oberen Extremität auf. Etwas später stellt sich Uebelkeit und heftiges Erbrechen ein. Die erbrochenen Massen sind ausserordentlich sauer. Ist der Magen völlig entleert, so hört das Kopfweh in kürzester Zeit auf, und bald befindet sich der Kranke wieder vollständig wohl.

Nach R. ist der Anfall so zu deuten, dass durch irgend welche nervöse Einflüsse eine abnorm starke Magensäuresecretion angeregt wird und dass von den sensiblen Magennerven aus durch die einwirkende Säure verschiedene reflectorische Wirkungen ausgelöst werden. Der Pylorus wird geschlossen, die sauren Massen bleiben daher abnorm lange Zeit im Magen liegen. Durch eine reflectorische Contraction der Gehirngefässe soll Gehirnanämie mit Kopfschmerz etc. hervorgerufen werden.

Die Therapie der Gastroxynsis, welche sich von anderen Magenkrankheiten leicht unterscheiden lässt und wahrscheinlich häufig nur mit Migräne verwechselt ist, besteht darin, dass man die Kranken beim Beginn des Anfalls 1 oder 2 Gläser lauwarmes Wasser oder Thee trinken lässt. Die Säure im Magen wird hierdurch verdünnt und die Symptome hören danach rasch auf. Ausserdem kommen natürlich noch gewisse allgemeine Maassregeln (Verbot geistiger Ueberanstrengung und dgl.) in Betracht. Strümpell.

Psychiatrie.

17) **Ueber Zwangsvorstellungen** von Dr. C. E. Höstermann, Boppard a. Rh. (Allg. Ztschr. f. Psych. 1884. S. 41.)

Im Anschluss an mehrere einschlägige Beobachtungen, welche ausführlicher geschildert werden, dringt Verf. darauf, den Begriff „Zwangsvorstellungen" mehr einzuschränken, als gewöhnlich geschehe, und ihn eben nur auf diejenigen Fälle anzuwenden, bei denen eine Entstehung der abnormen Vorstellungen durch irgend welche Ideenassociation ausgeschlossen werden könne. Vielmehr seien unter jener Bezeichnung lediglich diejenigen zusammen zu fassen, welche durch innere das Gehirn betreffende Reize hervorgerufen und bei gleichzeitiger, abgeschwächter Hemisphärenenergie und hierdurch bedingtem Hemmungsmangel gegenüber derartigen Erregungen unterhalten werden. Die ersteren, welche er als „dominirende Vorstellungen" bezeichnet und denen er in weiter fortgeschrittenen Fällen allerdings eine gleiche Wirkung wie den ächten Zwangsvorstellungen und in ihrer äusseren Erscheinung eine oft frappante Aehnlichkeit mit diesen zugesteht, haben nebenbei nach seiner Ansicht eine bessere Prognose und sind auch einer geeigneten, psychischen Therapie zugänglicher als diese, sodass auch von praktischen Gesichtspunkten aus ein genaueres Eingehen auf die Genese derartiger Vorstellungen gerechtfertigt erscheine. Brückner.

18) **Folie du doute and Mysophobia** by C. L. Dana. (The Alienist and Neurolog. 1884. p. 512.)

Gute Beschreibung zweier neuer Beobachtungen von 1) Folie du toucher bei einem 28jährigen Fräulein, und 2) Folie du doute bei einem 32jährigen Hypochonder.

Verf. scheint übrigens die „tactile Form der Grübelsucht" auf einen primären Pruritus oder auf ähnliche Sensationen in der Haut zurückführen zu wollen.

Sommer.

19) **Sulla follia morale — un errore di diagnosi** pel dott. Funajoli. (Arch. ital. per le mal. nerv. etc. 1884. XXI. p. 185—214.)

Eine interessante und sogar mit einer charakteristischen Abbildung des Kranken ausgestattete Mittheilung über einen Fall von primärer Paranoia mit religiösen und socialen Wahnvorstellungen. Der Kranke, neuropathisch belastet und mässig begabt, zeigte seit dem 18. Jahre eine auffallende Aenderung seines ganzen Wesens und zog seitdem wie ein neuer Prediger in der Wüste in einem eigenthümlichen Büssercostüm im ganzen Lande umher. Natürlich kam er bald mit den Behörden

in Conflict und wurde auch mehrmals einer Irrenanstalt zugeführt. In die Beobachtung des Verf. kam Pat. erst im 47. Jahre mit der Diagnose: moralisches Irresein, deren Berechtigung nun ausführlich zurückgewiesen wird. Sommer.

---

20) **Der alpine Cretinismus, insbesondere in Steiermark,** Vortrag gehalten in der österreich. Gesellsch. f. Gesundheitspflege in Wien am 30. April 1884 von Dr. Jul. Kratter.

K. definirt zuerst den alpinen Cretinismus zur Differentialdiagnose von Idiotie: „Der alpine Cretinismus ist eine stets mit deutlich erkennbaren Missbildungen namentlich am Scelette vergesellschaftete psychische Entwickelungshemmung von entschieden endemischem Charakter." Das Verhältniss zum Kropf, der sehr häufigen Begleiterscheinung, ferner zum Rachitismus und zur Taubstummheit ist eine noch ungelöste Frage. —

Die Nachrichten der Alten sind sparsam, erst Paracelsus berichtet nach eigenen Beobachtungen, die bis in die Neuzeit fortgesetzten Forschungen geben genauere Kenntniss von der geographischen Verbreitung auf der ganzen Erde, überall tritt die Krankheit herdweise, fast ausnahmelos gebunden an die Züge der massigen Gebirgserhebungen auf.

Die älteste Hypothese über Entstehung des alpinen Cretinismus schuldigt das an Mineralien zu reiche Trinkwasser, an, viele halten dies noch heute fest, doch hat man den Cretinismus auch der Reihe der infectiösen Krankheiten zugetheilt.

Ueber die Häufigkeit des Cretinismus nach statistischen Grundlagen — für Oesterreich und speciell Steiermark — muss das Original eingesehen werden.

Von den beigegebenen Karten giebt eine die Cretinendichtigkeit nach Gerichtsbezirken, die andere die geologische Beschaffenheit Steiermarks, dabei zeigt sich, dass der Cretinismus sich am meisten, dem Zuge des Urgebirges folgend, auf Gneis und Granitboden, selten auf Kalkboden und Tertiärformation vorkommt, so zwar, dass sich auf engem Gebiete die grellsten Gegensätze in Bezug auf die Dichtigkeit ergeben. In hypsometrischer Beziehung zeigen die offenen Thäler die grössere Dichtigkeit, und zwar bewegt sich der Cretinismus fast ausschliesslich in der Höhengrenze von 300 bis 1000 Meter. Grössere Karten des Verf. (nicht vervielfältigt) zeigen, dass in dem dichtesten Bezirke, dem von Murau 11 Cretinen auf 1000 Einwohner kommen, nach Gemeinden berechnet aber steigt die Zahl in einer sogar auf 43,3 pro mille.

Die Erforschung genauerer Aetiologie ebenso wie die Mittel zur Abhülfe müssen weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben.

Die Literatur ist in zahlreichen Anmerkungen gegeben. Zander.

---

21) **Rupture of the heart in the insane** by Dr. A. F. Mickle. (Edinburgh medical Journal. 1884. February.)

Verf. macht darauf aufmerksam, wie schleichend sich gerade bei Geisteskranken schwere Entartungen der Herzmusculatur entwickeln und einen wie bedeutenden Grad sie erreichen können, ehe sie irgend welche Symptome hervorrufen. Er hat 3 Fälle von terminalem, resp. senilem Blödsinn, bei einem Mann von 66 resp. 70 Jahren und bei einer Frau von 70 Jahren, beobachtet, in denen ein durchaus unerwarteter Tod durch Ruptur der fettig degenerirten Ventrikelwände eintrat. Der Riss hatte seinen Sitz einmal im rechten und zweimal im linken Ventrikel. Zum Schluss räth Verf. zur besonderen Vorsicht in Hinsicht auf die schädlichen Folgezustände plötzlicher oder anhaltender Muskelbewegungen herzkranker Irrer. Sommer.

Therapie.

22) Glycosuria, its complications and therapeutics by Oscar de Wolf. (Sep.-Abdr. aus dem Journ. of the American Medic. Associat. Chicago 1883.)

Gleichzeitig mit der bekannten Diät wird vom Verf. eine medicamentöse und hygienische Behandlung sehr warm empfohlen. Von der Hypothese ausgehend, dass in gewissen Fällen von Diabetes Hirnanämie und in den übrigen Hirnhyperämie wenn auch nur an ganz circumscripten Stellen zu präsumiren ist, räth er zur Anwendung des Opium, Morphin, Chinin, Jodoform, der Carbol- oder Salicylsäure resp. des Arsen, der Bromverbindungen oder des Ergotins; die regelmässig vorhandenen Verdauungsstörungen werden durch alkalinische Thermen (Karlsbader etc.) zu bekämpfen sein. Die Hygiene verlangt eine sehr sorgfältige Hautpflege, besonders der Präputialgegend, und antiseptische Mundwässer; gegen die oft sehr lästige Trockenheit des Mundes ist Pilocarpin in kleinen Dosen zu versuchen.

Sehr energisch verlangt Verf. von den Patienten das Vermeiden einer jeden körperlichen und psychischen Anstrengung; besonders die letztere fürchtet er so sehr, dass er die Ansicht ausspricht, temporäre Glycosurien, wie sie gelegentlich in der Gravidität, nach hysterischen oder epileptischen Anfällen beobachtet werden, könnten sich zu permanenten umgestalten, wenn der Patient psychischen Erregungen ausgesetzt wird. Sommer.

---

23) Unexpected recoveries. Two cases contributed by Dr. Willet. (Journ. of ment. science. 1884. July.)

Von den zwei als unerwartete Heilungen betitelten Fällen ist der zweite bemerkenswerth durch die Besserung (Heilung?) tobsüchtiger, an Masturbation anschliessender Aufregungszustände durch Exstirpation eines im Inguinalkanal incarcerirten Hodens. A. Pick.

III. Aus den Gesellschaften.

Bericht über die XVI. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte in Karlsruhe den 18. und 19. October 1884.

(Geschäftsführer Schüle und Kirn, anwesend 34 Mitglieder und Theilnehmer.)

I. Sitzung den 18. October unter dem Vorsitze von Fürstner.

1) Jolly, Strassburg: **Behandlung der Hysterie nach Mitchell und Playfair.**

Die von genannten Autoren empfohlene, auch von Binswanger, Jena, gerühmte Behandlungsmethode setzt sich zusammen aus folgenden Heilfactoren: Massage, Elektricität (unter der Form der allgemeinen Faradisation), sehr reichliche und kräftige Ernährung (Ueberfütterung) und Trennung von der Familie. Jolly hat dieses Heilverfahren theils in seiner Klinik, theils bei in Privatheilanstalten untergebrachten Kranken vielfach angewandt und ist mit dem Erfolge zufrieden. Die Patienten waren Hysterische, welche meist viele Jahre zu Hause erfolglos behandelt worden waren. Alle genannten Heilmittel müssen zusammenwirken: Massage und Faradisation befördern die Circulation und den Stoffumsatz; die Ueberfütterung führt reichlich neuen Stoff zu und kräftigt dadurch die geschwächte Nervenfaser; die Trennung von der Familie entfernt psychisch schädigende Einwirkungen. Neben den somatischen Heilmitteln ist die psychische Beeinflussung unbedingt erforderlich zum Erfolge — deshalb durchaus Trennung von der Familie. Resultat: Befriedigender Gemüthszustand und Zunahme des Körpergewichts um 10—20 Pfund.

Discussion: Schüle glaubt, dass sich ausgesprochen psychisch Gestörte nicht für die Kur eignen. Ferner hegt er Bedenken gegen die Ueberfütterung.

Auch Jolly schliesst die wirklich Gestörten aus; dagegen sieht er in dyspeptischen Erscheinungen keine Contraindication gegen reichliche Nahrungszufuhr.

Schüle spricht sich weiter gegen starke elektrische Ströme bei geschwächten Patienten aus.

Wogegen Jolly und Fürstner betonen, dass die Elektricität schon lange mit gutem Erfolge bei den Hysterischen angewandt werde; durch dieselbe werde nicht geschadet; vielmehr bringen starke Einwirkungen auch gute Erfolge.

Kirn betont die Wichtigkeit des psychischen Momentes bei der geschilderten Heilmethode.

2) Freusberg, Saargemünd: **Ueber den neueren Entwurf des französischen Irrengesetzes.**

In Deutschland bestehe kein Bedürfniss für eine besondere Irrengesetzgebung. In Frankreich sei das z. Z. bestehende Irrengesetz ein Fortschritt gegen die früheren Bestimmungen. Die jetzt angestrebte Reform sei eine Folge der Opposition gegen die angeblich nicht seltene willkürliche Detention von Nichtirren in Irrenanstalten, deren sich die Presse bemächtigt habe; sie wolle einen gesetzlichen Schutz gegen fernere Willkür errichten. Die Organe der Regierung, gesetzgebender Körper, Senat, endlich die ärztlichen Vereine haben hierüber lebhaft discutirt. Die angestrebten Neuerungen, namentlich bezüglich Aufnahme und Entlassung der Kranken sind zu umständlich und zu theoretisch, als dass sie praktisch ausführbar wären; z. Th. sind dieselben geradezu lächerlich. Nicht-Sachverständige, namentlich Staatsanwälte, sollen hierbei das entscheidende Wort sprechen! Jedenfalls sind die Verbesserungen in dem neuen Gesetze gegenüber dem alten nicht hoch anzuschlagen. (Die näheren Ausführungen des interessanten Vortrags entziehen sich einem kurzen Referate.)

3) Stark, Illenau: **Ueber den gegenwärtigen Stand der Paraldehyd-Frage.**

Vortrag. schildert zunächst die chemischen, physikalischen und physiologischen Verhältnisse des Paraldehyd. Es wirkt hauptsächlich auf die Grosshirnhemisphären, in zweiter Linie auf das verlängerte Mark und Rückenmark. Es erzeugt beim Menschen, in Dosen von 3—5, rasch einen tiefen und ruhigen, dem physiologischen ähnlichen, Schlaf ohne üble Neben- und Nachwirkungen. Bei fortgesetztem Gebrauch tritt keine Kumulativwirkung, sondern ein gewisser Grad von Angewöhnung ein. Therapeutisch ist das Mittel deshalb ein Hypnoticum ersten Ranges, das namentlich wegen seiner Nichtgefährdung der Herzaction dem Chloralhydrat vorgezogen zu werden verdient. Es ist indicirt bei jeder Form von Schlaflosigkeit, besonders aber bei Agrypnie in Folge einfacher nervöser Erregungszustände bei Neurasthenikern, Hysterischen und Maniakalischen, weniger sicher bei Psychosen mit Angstzuständen. Bei Delirium tremens, zuweilen auch bei Manie, wirkt es gleichzeitig sedativ, während es andere Störungen in keiner nachhaltigen Weise beeinflusst. Bei Bettnässen Zunahme der Unreinlichkeit.

Manchmal genügen schon 3 Gramm zur Wirkung, in anderen Fällen muss zu höheren Gaben (bis zu 12,) angestiegen werden, besonders bei längerem Gebrauche, der das Allgemeinbefinden nicht beeinträchtigt. Darreichung in refracta dosi ist unzuverlässig. Bei verweigernden Kranken Application im Klysma 5 auf 100 Olivenöl. Subcutane Injectionen sind zu widerrathen, weil schon bei Dosen von 1, leicht Collaps-Erscheinungen eintreten ohne nennenswerthen beruhigenden Effect. Vermeidung unreiner Präparate, welche leicht Congestionen und Verdauungsstörungen erzeugen.

In Illenau wurde Paraldehyd binnen Jahresfrist in 75 Fällen angewandt, in 58 (77,4 %) mit vollem, in 11 (14,5 %) mit halbem und in 6 (8 %) mit ungenügendem Erfolge; es erwies sich am wenigsten wirksam bei Depressionszuständen.

Discussion: Fürstner erzielte auch gute Erfolge, nur sei wegen der Angewöhnung allmähliche Steigerung der Dose nöthig.

Jolly rühmt das Mittel namentlich bei Maniakalischen; er bevorzugt es vor dem Chloralhydrat, weil bis jetzt noch keine schädliche Wirkungen durch dasselbe beobachtet worden seien.

Stark, Stephansfeld, beobachtete nach Paraldehyd-Gebrauch das Aufhören der Stimme bei einem Verrückten.

4) Wildermuth, Stetten: **Einige Wahrnehmungen über Sprachstörung bei Idioten.**

Das Studium der Sprachstörungen bei Idioten ist schwierig, weil bei demselben sehr complicirte Verhältnisse berücksichtigt werden müssen. Man theilt die Sprachstörungen der Idioten am besten in die beiden Gruppen der Dysphrasien und Lalopathien ein, deren erste den directen Ausdruck der intellectuellen Störung darstellt, deren zweite die Fälle enthält, in welchen die Sprachstörung eine Complication des Idiotismus bildet.

Im Sinne der ersten Gruppe sind sämmtliche Idioten sprachlich gestört, von den gänzlich sprachlosen Blödsinnigen an bis zu den bildungsfähigen Schwachsinnigen. Hier treffen wir viele Fälle, in welchen die Stufe, auf welcher die Sprache (der vorzügliche Ausdruck des geistigen Lebens) stehen geblieben ist, den einzelnen Etappen der psychischen Entwickelung des Kindes entspricht; wir sprechen dann von sprachlicher Hemmungsbildung. Auf der untersten Stufe gleicht der Kranke einem Kinde in den ersten Lebenswochen, bei etwas weiterer Entwickelung (articulirte Laute und einsilbige Worte) einem $1^1/_2$—2jährigen Kinde; bei der nächst höheren Stufe ist die Laut- und Wort-Bildung gut und ziemlich reichhaltig, die Satzbildung steht aber noch auf der niedersten Stufe u. s. f.

Von weiteren Anomalien ist zu erwähnen die falsche Betonung, wodurch die Sprache bizarr klingt, den Accent des Ausländers annimmt. Der gestörte Ablauf der Vorstellungen findet am häufigsten seinen Ausdruck in der zögernden und verlangsamten Sprache; seltener ist rasches überstürztes Sprechen, mit beständigem Abspringen auf neue Themata — vorzugsweise bei Mikrocephalen.

Die zweite Gruppe der Sprachstörungen, welche eine Complication des Idiotismus darstellt, bietet vorwiegend Dysphasien und Dysarthrien. Den Uebergang zur ersten Gruppe bildet die Störung der Lautbildung, das Stammeln. Mogilalien der verschiedensten Form, meist motorischen Charakters, finden sich bei der Hälfte der Schwachsinnigen.

Interessanter sind die Störungen der Articulation bei der Bildung von Sylben und Worten; entweder tritt hier schon bei der Bildung einzelner Laute hochgradiges Stammeln ein, wodurch die Wortbildung ganz erheblich gestört wird, oder aber die Bildung von Lauten, meist auch von Sylben zeigt keine erhebliche Störung, diese tritt erst ein beim Sprechen im Zusammenhang, es entsteht das verschwommene Sprechen — eine fast typische Störung bei mittleren Graden des Schwachsinns, charakterisirt durch nachlässige Aussprache der Consonanten und Abwerfen einzelner Sylben. Möglicher Weise kann in solchen Fällen die Sprachstörung die Ursache der geistigen Entwickelungshemmung gewesen sein. Bei dieser Gruppe vermag die Anstaltserziehung die schönsten Erfolge zu erzielen.

Sylbenstolpern findet man in reiner Form nur selten bei Idioten.

Eine Sprachstörung ähnlich der der Paralytiker, charakterisirt durch ein Gemisch von Stammeln und Sylbenstolpern zeigt eine Gruppe von Epileptikern mit schweren Anfällen und rascher Verblödung, welche gleichzeitig an Coordinationsstörungen, namentlich der unteren Extremitäten, leiden.

Ausser den geschilderten häufigen Störungen beobachtete Vortrag. noch je einen Fall motorischer und sensorischer Aphasie.

Discussion: Jolly wundert sich, dass Vortrag. so selten aphasische Störungen beobachtet habe.

Fürstner fragt, ob die bereits vorhandene Sprache durch Cerebralleiden nicht öfter wieder verloren gehe? (ja), weiter, welche anatomische Veränderungen sich gefunden hätten?

Wildermuth — in einem Falle meningitische Zustände und Atrophie der Windungen, namentlich der rechten oberen Schläfenwindung, im zweiten — starker Hydrocephalus internus, beiderseitige starke Atrophie der oberen Schläfenwindung.

Stark (Steph.) hat viele Idiotenhirne untersucht; er fand bei Sprachmangel meist keine Inselveränderungen, dagegen in einem Fall ohne Sprachstörung eine mangelhaft entwickelte Insel.

II. Sitzung den 19. October unter dem Vorsitz von Schüle.

5) Rieger, Würzburg: Ueber die gefährlichen Epileptiker.

Vortrag. lenkt, unter Hinweis auf die Vorschläge von Jolly, Lunier, Pelman u. A. betreffs der Epileptikerversorgung, die Aufmerksamkeit auf die bekannte Kategorie der gefährlichen Epileptiker. Die für die Versorgung schwierigsten sind die zeitweise ganz ruhigen und geordneten Epileptiker, deren Krankheit sich in immer wiederkehrenden Anfällen von verändertem, gewaltthätigem, verbrecherischem Wesen — oft ohne Krampfanfälle — äussert. In den gewöhnlichen Irrenanstalten werden solche Individuen entweder grundsätzlich gar nicht aufgenommen, oder man sucht sich ihrer erfahrungsgemäss immer wieder möglichst rasch zu entledigen. In die Epileptiker-Anstalten (wie eine in Würzburg seit Langem besteht) passen sie auch nicht als störende Elemente, die in ihren guten Zeiten zu gut, in ihren schlechten zu schlecht für die Umgebung sind. Der Staat hat die Pflicht, Menschen, die vermöge ihrer abnormen Natur von Zeit zu Zeit immer wieder gemeingefährlich werden müssen, dauernd unschädlich zu machen, indem er Arbeitskolonien für sie gründet, wo sie zwar gezwungen sind, sich aufzuhalten, aber nicht mit eigentlichen Geisteskranken zusammenleben müssen und in ihren guten Zeiten der grössten Freiheit geniessen — während die Möglichkeit gegeben ist, sie jederzeit bei beginnendem Anfallssturm, ohne Aufsehen und ohne Ruhestörung zu interniren.

Discussion: Jolly und Fürstner halten im Allgemeinen die bestehende Fürsorge für die Epileptiker für genügend.

Kirn: In Baden sei durch Unterkunft der ruhigen Epileptiker in den Kreispflegeanstalten und der gestörten und unruhigen in einer der Irrenanstalten hinlänglich gesorgt.

Wildermuth: Die Ruhigen bedürfen nur einer einfachen Pflege, die Unruhigen einer Irrenanstalt.

Walther will keine besondere Anstalten für Epileptiker, wohl aber Isolirhäuser für dieselben in den Irrenanstalten.

Rieger spricht besonderen Anstalten für Epileptiker das Wort.

Schüle rühmt die in vielen Punkten nachahmenswerthe Epileptiker-Anstalt zu Bielefeld. Die Privatwohlthätigkeit möge weiter derartige Asyle gründen!

6) Witkowski, Hördt i. Els.: Ueber einige Erscheinungen epileptischer und comatöser Zustände. (Vgl. oben die 2. Originalmittheilung).

Discussion: Stark (St.). Intervalläre Symptome fehlen nur bei den geistesgesunden Epileptikern, nicht bei den geisteskranken; aber auch bei ersteren wird häufig Reizbarkeit beobachtet.

Kirn tritt für das Andauern der Erregbarkeit und geistigen Abschwächung während des Intervalls, für den sogenannten psychisch-epileptischen Charakter vieler Kranken ein.

Rieger: Es giebt Epileptiker mit und solche ohne intervalläre Erscheinungen.

Witkowski hält auf Grund seiner Beobachtungen an den freien Intervallen fest.

Freusberg: Die Reizbarkeit der Epileptiker ist nicht habituell. Eine photographische Gleichheit der Anfälle besteht nicht.

Wildermuth äussert sich gleichfalls gegen die photographische Gleichheit, dagegen für das Vorkommen der Aequivalente.

Witkowski: Wirkliche Aequivalente existiren nicht, mindestens sind dieselben sehr unwahrscheinlich.

Stark pflichtet dieser Anschauung bei; schwache Anfälle würden leicht übersehen.

Rieger hat bei Epileptikern Chorea bei erhaltenem Bewusstsein beobachtet, ferner enorme Steigerung der Sehnenreflexe.

7) Schüle, Illenau: **Demonstration des Situationsplanes der projectirten Anstalt bei Emmendingen.**

Diese nach ihrer Vollendung für 1000 Kranke bestimmte Anstalt, mit einem Areal von 200 badischen Morgen, soll wesentlich den Charakter einer landwirthschaftlichen Pflegeanstalt erhalten. Kirn.

IV. Personalien.

Zum 1. April a. f. legt Herr Professor Hitzig seine Stelle als Director der Irrenanstalt Nietleben nieder. Zur Beschaffung des Materials für den psychiatrischen Unterricht an der Universität Halle wird nun, wie wir hören, vorerst eine provisorische psychiatrische Klinik mit etwa 40 Betten eingerichtet werden, deren Leitung Herr Prof. Hitzig übernimmt. Es ist das schnelle Vorgehen in dieser Richtung vor Allem den Bemühungen des Herrn Geheimrath Althoff zu danken, und dürfen wir bei seinem Wohlwollen wie bei seinem klaren Blick für die Bedürfnisse des psychiatrischen Unterrichts die Hoffnung hegen, dass auch an den übrigen preussischen Universitäten psychiatrische Kliniken, soweit sie noch nicht vorhanden sind, errichtet werden. Dass die Verbindung des Directoriums einer grossen Irrenanstalt mit der Leitung einer psychiatrischen Klinik und wissenschaftlichen Arbeit eine höchst unglückliche ist und für den einen oder anderen Theil der Aufgaben schädigend wirken muss, war a priori klar und ist durch die Erfahrung sattsam bestätigt worden.

M.

Am 17. October starb nach langer, schwerer Krankheit zu Merseburg Prof. Dr. Brenner. Seine Arbeiten über den galvanischen Strom und dessen therapeutische Anwendung zeichneten sich, wie Erb treffend in seiner Elektrotherapie sagt, ebenso durch Treue und Zuverlässigkeit der Beobachtung, wie durch die Schärfe und Präcision der daraus gezogenen Schlussfolgerungen und durch die Wichtigkeit ihrer Verwerthung für die Praxis aus. Aus seinen „Untersuchungen und Beobachtungen auf dem Gebiete der Elektrotherapie“ (2 Bde. Leipzig 1868—69) soll besonders noch hervorgehoben werden, dass Brenner es war, der die galvanische Reaction des Nervus acusticus feststellte und die Anwendung des elektrischen Stroms bei gewissen Krankheiten des Hörapparats begründete.

Sein Andenken ist mit der Geschichte der wissenschaftlichen Elektrotherapie eng verknüpft. M.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Prof. Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Professor Dr. E. Mendel

zu Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 1. December. No. 23.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** Hereditäre Muskelatrophie und Pseudohypertrophie der Muskeln von **Schultze.**

II. Referate. Anatomie. 1. Nouvelles recherches sur la structure du cerveau et l'agencement des fibres blanches cérébrales par **Luys.** — Experimentelle Physiologie. 2. Ueber den Ursprung der pupillendilatirenden Nerven von **Grünhagen** und **Cohn.** 3. Der Einfluss des Zuckerstichs auf die Temperaturen des Körperinnern und insbesondere der Leber von **Aronsohn.** — Pathologische Anatomie. 4. Caso di microcefalia con atrofia di molte circonvoluzioni. Communicazioni del **Frigerio.** 5. Ueber ein eigenthümliches Verhalten der Nebennieren bei Hemicephalen von **Lomer.** — Pathologie des Nervensystems. 6. Zwei Fälle von Hirnabscessen, mitgetheilt von **Bettelheim** und **Eiselsberg.** 7. Ein Fall von Kleinhirntumor von **Rybalkin.** 8. Case of cerebellar haemorrhage. Abnormalities of cerebral arteries by **Shaw.** 9. Beitrag zur Diagnostik der Lage und Beschaffenheit von Krankheitsherden der Medulla oblongata von **Möser.** 10. Des crises de courbature musculaire au début de l'ataxie locomotrice progressive par **Pitres.** 11. Des crises clitoridiennes au début ou dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive par **Pitres.** 12. Ueber eine eigenthümliche progressive atrophische Paralyse bei mehreren Kindern derselben Familie von **Schultze.** 13. Ein Fall von Tetanus neonatorum mit abnorm niedriger Temperatur von 28tägiger Dauer und mit Ausgang in Genesung von **Hryntschak.** 14. Ein Erklärungsversuch der verschiedenartigen Temperaturverhältnisse bei der tuberkulösen Basilarmeningitis von **Loeb.** — Psychiatrie. 15. Ueber subnormale Temperaturen der Paralytiker von **Hitzig.** 16. Zur Casuistik der niedrigsten subnormalen Körpertemperaturen beim Menschen nebst einigen Bemerkungen über Wärmeregulirung von **Reinhard.** 17. Contribution à l'étude de l'inégalité de poids des hémisphères cérébraux dans la folie névrosique et la démence paralytique par **de Montyel.** 18. Ricerche sulla Anatomia patologica della Paralisi progressiva a contributo delle localizzazioni cerebrali del **Tamburini** e **Riva.** 19. Zur Kenntniss der Dementia paralytica von **Eickholt.** — Therapie. 20. Ueber eine neue Methode der Lagerung Gelähmter und Unreinlicher von **Sander.** — Forensische Psychiatrie. 21. Eintheilung der Verbrecher in 4 Typen von **Badik.** 22. Simulation of insanity by a criminal lunatic by **Bluthardt.** 23. Schwere Verletzung der Mutter und Frau, wahrscheinlich in transitorischer Geistesstörung a potu, mitgetheilt von **v. Krafft-Ebing.**

III. Aus den Gesellschaften. — **IV. Personalien.** — **V. Vermischtes.**

I. Originalmittheilungen.

Hereditäre Muskelatrophie und Pseudohypertrophie der Muskeln.

Von Prof. **Schultze** in Heidelberg.

Zwar gehört die Mittheilung neuer Fälle von primären Myopathien, wie die Pseudohypertrophie der Muskeln und ihr analoger Fälle von hereditärer

Atrophie, eigentlich gar nicht in ein neurologisches Centralblatt, sondern eher in ein myologisches; aber es werden diese Affectionen so gewöhnlich im Anschluss an die neuropathischen Muskelatrophien abgehandelt, dass es wohl kein Unrecht ist, auch an dieser Stelle einen weiteren kleinen Beitrag zu der in Rede stehenden Affection zu geben.

Durch die Güte des Hrn. Hofraths v. Dusch hierselbst wurde ich auf eine Familie in der Nähe von Heidelberg aufmerksam gemacht, in welcher mehrere Fälle von Muskelatrophie vorgekommen sind. Es handelt sich um eine Bauernfamilie N. in W., in der im Ganzen bisher 4 Fälle dieser gleich genauer zu beschreibenden Erkrankung beobachtet wurden.

Der Grossvater mütterlicherseits und die Grossmutter mütterlicherseits der von mir untersuchten Brüder waren Geschwisterkinder, litten aber an keinerlei chronischen Nerven- oder Muskelkrankheiten. Von den Kindern dieses Ehepaars hatte ein Sohn Muskelatrophie; eine Tochter, welche sich an einen gesunden, zur Zeit noch lebenden und aus gesunder Familie stammenden Mann verheirathete, gebar im Ganzen 5 Söhne, von denen 3 progressive Muskelatrophie bekamen. Der eine davon ist schon seit längerer Zeit im 36. Lebensjahre gestorben, ebenso sein Mutterbruder, welcher an derselben Krankheit gelitten hat, und nur den 34jährigen K. und den 24jährigen A. konnte ich einer Untersuchung unterwerfen, die leider nicht nach allen Richtungen hin vollständig gemacht werden konnte.

Bei dem 34jährigen älteren Kranken war die Affection weniger weit vorgeschritten als bei dem jüngeren. Von kleiner Statur, geht er in der charakteristischen Weise derjenigen, welche an Pseudohypertrophie der Muskeln leiden, breitbeinig, watschelnd, langsam. Er vermag sich nicht allein aufzusetzen.

An den Unterextremitäten sind besonders die Quadricipites femoris sehr dünn, ohne Sehnenreflexe von ihrer Sehne aus; die Gastrocnemii dagegen sind stattlich entwickelt und stechen dadurch in markanter Weise von der Oberschenkelmusculatur ab; an den Musc. peronei nichts Abnormes sichtbar; die Fuss- und Zehenbewegungen von normaler Ausgiebigkeit und von anscheinend normaler Kraft, während die Extensoren des Oberschenkels abnorm schwach sind.

Die Sacrolumbales und die Rückenmuskeln überhaupt atrophisch und sehr schwach. Erheblich an Volumen reducirt sind dann ferner die beiden Serrati ant. major; der linke ist völlig unbrauchbar, während rechts noch eine Hebung des Armes über die Horizontale möglich ist. Vom Cucullaris fehlen die unteren Partien beiderseits, die mittleren links, die oberen sind auf beiden Seiten und die mittlere rechts erhalten. Die Rhomboidei, die Pectorales majores fehlen beiderseits. Dagegen sind die Musc. deltoides, triceps, biceps, die supinatores longi, ebenso wie die Muskeln der Vorderarme und Hände intact; die Hals- und Nackenmuskeln frei.

Nirgends fibrilläre Zuckungen, keine Schmerzen, keine Sensibilitätsstörungen. Intelligenz normal.

Bei dem 24jährigen jüngeren Bruder war die Affection viel hochgradiger. Er ist vollständig unvermögend zu gehen und zu stehen; ausser hoch-

gradiger Atrophie und Schwäche der Extensores cruris, der Waden und der Peroneusmusculatur ist eine Contractur der Beugemuskeln an der Hinterseite des Oberschenkels vorhanden, so dass die Unterschenkel aus ihrer constanten spitzwinkeligen Beugestellung gegen die Oberschenkel auch mit Anwendung grosser Kraft nur wenig herausgebracht werden können, wozu freilich auch die Difformität und abnorme Steifigkeit der Kniegelenke wesentlich beiträgt. Beiderseits ist Pes equinovarus mittleren Grades zu constatiren, ohne dass aber die Contractionsfähigkeit der Peronei aufgehoben ist; die Zehenbewegungen finden in normaler Ausgiebigkeit statt. Die Waden sind nach der Aussage des Kranken und seiner Umgebung niemals hypertrophisch gewesen.

Am Rumpf und an den Oberextremitäten findet sich Schwund beider Serrati ant. maj., beider Cucullares bis auf die obersten Bündel, der Latissimi, Pectoral. major. et min., der deltoid., biceps, triceps und supinator long. Auch die Supra- und Infraspinati sind ebenso wie die langen Rückenmuskeln atrophisch. Die Vorderarmmuskeln ausser dem Supinator longus und die Handmusculatur sind intact. — Die untere Thoraxpartie zeigt in ausgeprägter Weise die Ebstein'sche Trichterbrust.

Fibrilläre Zuckungen, Schmerz, Parästhesien ebensowenig, wie bei dem Bruder.

Patellarreflexe fehlen; Blase, Mastdarm, Gehirnnerven, Intelligenz normal.

Die Krankheit begann bei beiden Kranken mit dem 8. Lebensjahre und markirte sich im Anfang beim Laufen, so dass öfters ein förmliches Zusammenknicken eintrat. Am stärksten war zuerst das Treppensteigen erschwert; später auch das Gehen auf flachem Boden. Die Zunahme des Leidens geschah ganz allmählich und langsam; erst später wurden auch die Arme schwächer.

Wenn auch leider die Untersuchung besonders wegen des fehlenden elektrischen Befundes unvollständig bleiben musste, so geht doch aus dem Mitgetheilten klar hervor, dass es sich erstens um eine hereditäre, familiäre Muskelatrophie handelt und dass zweitens diejenige Localisation vorliegt, welche sich bei der Pseudohypertrophie, bei der hereditären Muskelatrophie und der Erb'schen juvenilen Form gewöhnlich vorfindet. Nervöse Symptome und die gewöhnlich bei der spinalen resp. neurotischen Form vorliegende Localisation der progressiven Muskelatrophie fehlen.

Während bei dem älteren Bruder das gewöhnliche Bild der Pseudohypertrophie vorliegt, nur dass allerdings zur Zeit noch die Beugergruppe am Oberarme nicht mit erkrankt ist, und ebenso z. B. vom Cucullaris noch mehr erhalten ist, als in den vorgeschrittenen Fällen, zeigt sich bei dem jüngeren Bruder, bei welchem das Leiden trotz der grösseren Jugend weiter vorgeschritten ist, eine einfache ausgebreitete Muskelatrophie. (Die beschriebenen Contracturen sind auch sonst sowohl bei der einen wie der anderen Form dieser Dystrophien in seltenen Fällen gesehen worden.) Es schliesst sich mithin diese Beobachtung eng an die von Friedreich in seinem bekannten Buche über Muskelatrophie erwähnten Mittheilungen von Russel an, welcher ebenfalls in ein und derselben Familie den einen Bruder an der einen, die beiden andern an der andern Affection erkrankt fand.

Wenn nun auch Friedreich bekanntlich alle Formen von progressiver Muskelatrophie, auch diejenigen, welche sich mit Bulbärparalyse compliciren, für ein und dieselbe Krankheitsform hält, was sich unzweifelhaft nicht aufrecht erhalten lässt, so hat er doch darin vollkommen recht, derartige Erkrankungsformen, wie sie oben geschildert wurden, zumal wenn sie hereditär sind, mit der Pseudohypertrophie in die nächste Beziehung zu bringen, sie zu identificiren, in welcher Beziehung sich ihm Erb in seiner neuesten Publication über diesen Gegenstand vollkommen anschliesst. Gegenüber den grossen durchgreifenden Unterschieden, welche nach dem klinischen und anatomischen Verhalten die primär neurotischen Formen der progressiven Muskelatrophie von den primären Muskelerkrankungen wie die Pseudohypertrophie,[1] und die analogen Formen der Muskelatrophie hereditärer und nicht hereditärer Natur trennen, verschwinden die kleinen Unterschiede, welche in dem Vorhandensein oder Fehlen der Lipomatosis einzelner Muskeln und dem in Folge dessen nicht ganz identischen anatomischen Muskelbefund zu Tage treten.

Zwar meint Zimmerlin in seinen jüngst erschienenen interessanten Mittheilungen über die hereditäre progressive Muskelatrophie, dass man zwischen den einzelnen Formen dieser Krankheit einen Unterschied machen müsse. Er will geradezu eine besondere Leyden-Moebius'sche Form abscheiden, bei welcher zuerst die Unterextremitäten erkranken, die Affection im kindlichen Alter eintritt, beim männlichen Geschlechte vorwiegt, während in einer seiner eigenen familiären Gruppen die oberen Extremitäten befallen waren, das weibliche Geschlecht vorzugsweise betroffen wurde und das Leiden erst nach der Pubertätszeit begonnen hat.

Wenn man aber bedenkt, dass in ein und derselben familiären Gruppe, wie z. B. in der oben beschriebenen, das eine Mal die Lipomatosis luxurians fehlt, das andere Mal nicht, wenn ferner besonders in den Barsickow'schen Fällen in ein und derselben Familie das eine Mal gleichzeitig Arm- und Beinmuskeln, das andere Mal zuerst die Armmuskeln und dann die Beine und drittens im Anfange die Unterextremitäten und später die Arme ergriffen wurden, so kann man lediglich wegen der von Zimmerlin angeführten Unterscheidungsmerkmale unmöglich einen besonderen Typus aufstellen, man müsste sonst fast ebenso viele Typen unterscheiden, als Familiengruppen bisher von den verschiedenen Autoren beschrieben worden sind.

Ich stimme hierin ebenso wie in Bezug auf den Zimmerlin'schen Befund der Entartungsreaction in einem vereinzelten Muskel und in Bezug auf seine Angabe über die fibrillären Zuckungen in einem Falle vollständig den diesbezüglichen Ausführungen Erb's bei,[2] und kann in meinem eigenen oben mitgetheilten Falle nur eine weitere Bestätigung seiner diesbezüglichen Ausführungen sehen. Niemand wird die Krankheit bei den beiden Brüdern als wesentlich

[1] Vgl. Virchow's Archiv, Bd. 90: „Bemerkungen über die Pseudohypertrophie der Muskeln" von Schultze.

[2] Archiv für klinische Medicin, 1884: „Ueber die juvenile Form der progressiven Muskelatrophie", Nachtrag.

differente ansehen und etwa glauben können, dass in dem einen Falle eine primäre Nervenerkrankung und in dem andern eine primäre Myopathie vorlag. Da aber für die Pseudohypertrophie nach meiner Auffassung in zweifelloser Weise festgestellt ist, dass es sich um keine Nervenkrankheit handelt, so ist auch die hereditäre Muskelatrophie eine primäre Muskelatrophie.

Wenn Moebius in seinem neuesten Referate über unseren Gegenstand in den Schmidt'schen Jahrbüchern dem gegenüber noch immer an der Meinung festhält, dass es sich bei der Pseudohypertrophie und den klinisch gleichartigen Formen von Muskelatrophie um Nervenerkrankungen handelt, weil häufig eine sogenannte „Transformation" anderer Nervenerkrankungen in der Ascendenz belasteter Familien in die Atrophien stattfinde, so vermag diese mehr philosophische Beweisführung, meiner Meinung nach, nicht die Thatsache aus dem Wege zu räumen, dass eine wesentliche Veränderung der zugehörigen Nervenbahnen von einer nachgerade ziemlich grossen Anzahl von Autoren bei der vorliegenden Krankheit nicht gefunden wurde und dass keineswegs immer Nervenerkrankungen in der Ascendenz sich nachweisen liessen, welche bei den von Pseudohypertrophie oder allgemeiner Muskelatrophie befallenen Nachkommen in diese Erkrankungen hätten transformirt werden können.

Woher die Krankheit entsteht, ist eben noch völlig unklar. Daraus, dass sie vererbbar ist, folgt noch nicht, dass sie bei dem ersten Träger derselben in einer Familie schon durch die Vorfahren desselben ebenfalls im Keime übertragen wurde, und umgekehrt kann man, falls die Erkrankung nur bei einem Einzelindividuum erscheint, niemals wissen, ob sie nicht eventuell doch vererbbar sein würde, falls eben eine Familie begründet würde. Irgend eine der bekannten Schädlichkeiten, etwa Alcohol oder Syphilis, kann jedenfalls bisher zur Erklärung der Entstehung der Krankheit oder auch nur der Disposition dazu nicht herbeigezogen werden.

Nachträgliche Bemerkung. Aus den mir von Herrn Hofrath v. Dusch freundlichst überlassenen Notizen über den Zustand des jüngeren Kranken im Jahre 1869 ersehe ich nach Absendung der obigen Mittheilung, dass zu dieser Zeit sich dennoch durch genaue, an gesunden gleichaltrigen Knaben controlirte Messungen ein abnorm starkes Volumen der Wadenmuskeln bei demselben feststellen liess. Die Pseudohypertrophie war also bei diesem Kranken vorübergehend vorhanden; um so weniger ist mithin an der klinischen Gleichwerthigkeit beider geschilderter Krankheitsformen zu zweifeln, und um so weniger kann das Vorhandensein oder Fehlen eines so veränderlichen Symptomes wie einer derartigen Pseudohypertrophie auch in anderen Fällen als ein entscheidendes Trennungsmerkmal benutzt werden.

II. Referate.

Anatomie.

1) Nouvelles recherches sur la structure du cerveau et l'agencement des fibres blanches cérébrales par J. Luys. (L'Encéphale. 1884. No. 5.)

L. hat wegen der vielen Fehlerquellen bei der Untersuchung des Verlaufes der Nervenfasern, wenn man vom verlängerten Mark aufwärts ihnen bis in die Rinde folgt, herrührend von der Schwierigkeit, die Identität der Faserbündel festzustellen, nun umgekehrt die Fasern von dem Rindenursprung bis in ihre Centralganglien verfolgt, also von oben nach unten. Danach erhielt er 3 Gruppen von Fasern. 1) Verbindungsfasern zwischen jedem Hirnlappen mit der homologen Stelle der andern Hemisphäre. 2) Fasern, von der Rinde nach dem Thalamus verlaufend — Rindenopticusfasern. 3) Fasern, von der Rinde nach dem Corp. striatum und den Ganglien der Suboptico-Bezirke verlaufend.

Die Verbindungsfasern verlaufen im Bogen in der Form eines U, jeder U-Schenkel endet in der Rinde jeder Hemisphäre, indem sich aber alle diese Fasern in ihrem centralen Theil auf der Mitte des U neben und untereinander zusammenreihen, bildet sich das Corpus callosum. In den unteren Theilen des Gehirns stellen die Commissurenfasern ein umgekehrtes U dar.

Die Rindenopticusfasern entspringen zwischen den vorigen in der Rinde, verlaufen neben ihnen nach dem Bezirk des Thalamus und Corp. striat. zu bis an die Grenze der Seitenventrikel, um sich dann aber radienartig rings um den Thalamus der correspondirenden Seite in diesen einzusenken. Sie bilden theils den Stabkranz, theils die innere Kapsel, das Corp. striatum zertheilend, theils bilden sie jenes Bündel, welches von den hinteren Windungen kommend, der äusseren Seitenwand des Seitenventrikels folgt, und sich in die hinteren Partien des Thalamus einpflanzt (Kölliker). Diese hinteren Fasern sind aber nicht eine hintere Fortsetzung der Nn. opt., diese gehen in die Corp. genic. über.

Auch die Rinden-Corp.-striat.-Fasern entspringen von der Rinde, laufen neben den vorigen, bis sie im Niveau des Thal. sich trennen, um dann radienartig sich in die Ganglien, theils des Corp. striat., theils des Suboptico-Bezirkes zu begeben. Sie bilden die äussere Kapsel und die Insel.

Somit ist also jeder Punkt der Rinde sowohl mit dem Thalamus, als auch mit dem Corp. striat. und den andern centralen Ganglien der betreffenden Seite durch besondere Fasersysteme verbunden. Die Suboptico-Rindenfasern sind bisher allgemein als Pedunculus-Fortsätze beschrieben, als kämen sie aufsteigend von der Spina her, während L. sie als absteigende mit cerebralem Ursprung angesehen wissen will. Betrachtet man im Zusammenhang den andern Bezirk des Centralnervensystems, also die ganze Reihe von Nervenelementen, welche zusammen die Faserzüge des verlängerten Markes bilden, so sieht man, was Vulpian lange behauptete, dass ein grosser Theil der rein spinalen Elemente in den Ganglien der Protuberantia enden und nicht zur Hirnrinde aufsteigen.

Die Hirnrinde ist mit den Centralganglien also durch 2 convergirende Systeme, einmal ein absteigendes und ein aufsteigendes verbunden, und so vereinigen sich also in den Centralganglien die von beiden Polen ausgehenden Fasern, Rindenfasern und die Fasern der sensoriellen und sensitiven Peripherie.

Damit will L. auch zugleich die physiologische Energie der Fasern gegeben haben, analog dem Muskel, dessen Wirkung man durch Angabe von Ansatz und Ursprung bestimmt, so bewirken die Commissurenfasern die Einheit der Thätigkeit der homologen Rindenpartien, die Rinden-Opticus-Fasern vermitteln die Weitergabe der sensoriellen und sensitiven (peripheren) Eindrücke des Thalamus an die Rinde.

Das 3. System vermittelt die psychomotorischen Reize der Rindencentren an die motorische Region der Centralganglien, so dass sich im 2. und 3. System ein centri-

fugales und centripetales gegenüberstehen, welche in den Centralganglien sich vereinigen in ähnlicher nur mannigfaltigeren Art wie im Rückenmark die sensiblen und motorischen Wurzeln. Zander.

Experimentelle Physiologie.

2) Ueber den Ursprung der pupillendilatirenden Nerven von A. Grünhagen und Rud. Cohn. (Ctbl. f. Aug. 1884. S. 165.)

Folgende Experimente scheinen den Verff. zu Gunsten des cerebralen Ursprungs der sympathischen Irisfasern zu sprechen. Unterbindet man bei Kaninchen, deren Pupillen vorher durch Atropin ad maximum erweitert sind, sämmtliche Hirnarterien, so erfolgt nach 18—20 Secunden, gleichzeitig mit dem Eintreten der Reizungskrämpfe, eine Verstärkung der Pupillendilatation. Mit dem Schwinden der Convulsionen kehren auch die Pupillen wieder allmählich zur früheren Weite zurück. Die erwähnte übermaximale Steigerung der Pupillendilatation bleibt regelmässig in solchen Augen aus, deren sympathische Fasern in ihrem Verlaufe durch den Halsstrang zuvor durchtrennt worden sind. Die übermaximale Pupillendilatation beruht also auf Reizung des centralen Ursprungs des Irissympathicus und diese können nach Anlage der Versuche nur in einem der anämisch gemachten Hirnbezirke liegen. Bei sensibelen Reizungen der Gliedmaassen erfolgt dann niemals Reflexdilatation der Pupille. Ob dieses Centrum ciliocerebrale an der von Hensen und Völckers bezeichneten Stelle am Boden des III. Ventrikels oder noch höher in den von Bessau ermittelten Bezirken der Grosshirnrinde zu suchen sei, muss weiteren Prüfungen überlassen bleiben; ebenso auch die Erörterung der Frage, bis wie weit die durch Absperrung der Hirnarterien erzeugte Anämie auch das Halsmark mit betrifft. Wilbrand, Hamburg.

3) Der Einfluss des Zuckerstichs auf die Temperaturen des Körperinnern und insbesondere der Leber von Cand. med. Aronsohn. (D. med. Woch. 1884. Nr. 46.)

Bei Diabetikern findet sich häufig subnormale Temperatur bis zu 29,7° C. im Anus. Diese Thatsache wollte Verf. durch das physiologische Experiment aufklären. Als Ergebniss aus 20 Experimenten an Kaninchen stellt Verf. folgende Sätze auf:

Bei correct ausgeführtem Zuckerstich (ohne Mitverletzung benachbarter Hirntheile) sinkt die Temperatur in der Leber, in den Muskeln und in dem Darm um ca. 2° innerhalb 2 Stunden nach dem Zuckerstich. Bei Mitverletzung anderer Hirntheile fällt die Temperatur anfangs, kehrt aber dann auf die Anfangstemperatur zurück; bei völlig misslungenem Zuckerstich, also bei einfacher Verletzung des Pons oder der Seitentheile der Medulla, steigt die Temperatur ohne voraufgegangenen Abfall um ca. 1,5° über die Normaltemperatur. M.

Pathologische Anatomie.

4) Caso di microcefalia con atrofia di molte circonvoluzioni. Communicazione del dott. L. Frigerio. (Arch. ital. per le mal. nervos. etc. 1884. XXI. p. 353.)

Verf. giebt den ausführlichen Leichenbefund einer 26jähr. Idiotin, welche seit dem 12. Jahre epileptisch an postparoxysmeller Parese und Contractur des rechten Oberarms litt und deren rechtsseitige Extremitäten überhaupt in der ganzen Entwickelung zurückgeblieben waren. Der Gang war unsicher gewesen, die Sprache hatte fast vollständig gefehlt. Die Sinnesorgane waren normal gewesen.

Die genaue Schilderung des mikrocephalen Schädels muss im Original nachgelesen werden. Das Gehirn wog 790 gr (bei einer Körperlänge von 142 cm), eine Angabe, die nicht ganz zu der Capacität von nur 673 ccm stimmt. Die Oberfläche

des Gehirns ist stellenweise ausserordentlich rudimentär: anstatt der Furchen und Windungen finden sich auf dem Stirn- und Occipitallappen beiderseits und statt des linken Lobus paracentralis und des Gyr. corporis callosi narbige sklerotische Flächen, die von zahlreichen minimalen Furchen in kaum 2—5 mm Distanz nach jeder Richtung durchschnitten werden. Verf. ist geneigt, als Ursache dieser „grauen Induration" ausgedehnte Meningealblutungen anzunehmen, die während der sehr langwierigen, mehrere Tage gedauert habenden Geburt der Patientin entstanden seien. Unmittelbar nach der Geburt war das Kind allerdings von Convulsionen ergriffen worden.

Sommer.

---

5) Ueber ein eigenthümliches Verhalten der Nebennieren bei Hemicephalen von Dr. Lomer. (Virchow's Archiv. 98. 2.)

In 17 Fällen von Hemicephalie fehlten 7mal die Nebennieren vollkommen, in 5 Fällen waren sie absolut rudimentär, in 5 wogen sie beide zusammen nicht mehr als $^1/_2$ gr. Auffallend ist, dass bei Hydrocephalie und Spina bifida dagegen, die ja entwickelungsgeschichtlich durch einen und denselben Process bedingt werden, die Nebennieren fast immer normal waren.

M.

Pathologie des Nervensystems.

6) Zwei Fälle von Hirnabscessen, beobachtet im Rudolfinerhause in Unterdöbling bei Wien. (Deutsches Archiv für klinische Medicin. Bd. 35. S. 607.)

1) Metastatischer Hirnabscess nach Empyem. Mitgetheilt von Dr. C. Bettelheim. Bei einem 6jährigen Kinde wurde wegen linksseitigen eitrigen Pleuraexsudats am 18. Juli 1883 die Empyemoperation (mit Rippenresection) ausgeführt. Guter Erfolg, so dass das Kind am 13. September mit einer Fistel entlassen werden konnte. Am 30. November machte sich aber eine neue Operation mit Drainage der Pleura nothwendig. Am 13. December wurde das Kind auffallend matt und schlafsüchtig, und bald zeigte sich eine in ihrer Intensität mehrfach wechselnde rechtsseitige Hemiparese (mit Einschluss des Facialis). Hautreflexe rechts herabgesetzt; auch der Patellarreflex rechts schwächer, als links. In der Folgezeit wurde die Lähmung immer vollständiger, Erbrechen trat auf und am 18. December stellten sich in der rechten Seite klonische Zuckungen ein, welche sich zwei Tage später noch einmal wiederholten. Am 23. December wurde eine linksseitige Parese des Oculomotorius und Abducens constatirt. Am 26. December trat im tiefen Coma der Tod ein, nachdem eine Stunde vorher zum ersten Mal eine geringe Temperatursteigerung bis auf 38,6° eingetreten war. Die Section ergab im linken Schläfelappen einen 7 cm von vorne nach hinten, 3 cm in der Breite messenden Abscess, neben welchem vorne und aussen noch zwei kleinere bohnengrosse Abscesse gelegen waren.

Der Fall ist demnach ein neues Beispiel für das Vorkommen von Gehirnabscessen im Anschluss an eitrige Pleuraerkrankungen, welches Verhalten neuerdings namentlich von Näther durch mehrere Beobachtungen aus der Leipziger medicinischen Klinik festgestellt ist.

2) Hirnabscess nach Insolation. Mitgetheilt von Dr. Anton Eiselsberg. Ein 17jähriger Cadettenschüler wurde Mitte Mai 1884 während eines anstrengenden Uebungsmarsches bei grosser Sonnenhitze ohnmächtig, klagte seitdem über heftige Schmerzen in der rechten Kopf- und Gesichtshälfte. Bald darauf begann die Gegend des rechten Os zygomaticum diffus zu schwellen an, so dass zwei Incisionen gemacht wurden, aus denen sich etwas Blut und Eiter entleerte. 14 Tage später wurde das rechte Auge stark vorgetrieben, die sehr heftigen Kopfschmerzen

hielten an und am 3. Juni soll sich nach Angabe der Eltern aus dem äusseren Augenwinkel des rechten Auges eine reichliche Eitermenge entleert haben.

Bei der Aufnahme am 5. Juni zeigte sich die rechte Kopf- und Gesichtshälfte diffus geschwollen und teigig ödematös. Rechter Bulbus prominent. Aus dem rechten Lidwinkel entleert sich bei Druck Eiter (Drainage). Später wurde auch der linke Bulbus vorgewölbt. Am 29. Juni heftige Kopfschmerzen, Benommenheit, etwas Fieber. Darauf bis zum 8. August wieder gutes subjectives Befinden; ausser Bett. Erst Mitte August wieder Somnolenz, heftige Kopfschmerzen, verlangsamter Puls, Erbrechen, subnormale Temperatur. Am 29. August starke Vorwölbung der rechten Schläfengegend. Incision daselbst bis auf's Periost, wo sich ein Eiterherd findet. Dann Entfernung eines kreuzergrossen Stückes aus der Schläfenschuppe, Incision der Dura. Keine Eiterentleerung. Gehirn selbst nicht incidirt. In der folgenden Nacht Tod. Die Section ergab einen fast den ganzen rechten Schläfelappen einnehmenden Abscess. „Wäre man mit dem Messer noch $^1/_2$ cm weiter gekommen, so wäre die Abscesshöhle innerhalb des Hirns erreicht worden." (Der Sectionsbefund der rechten Augenhöhle fehlt. Die „Insolation" kann in diesem Falle wohl sicher nicht als die eigentliche Ursache des Abscesses angesehen werden. Offenbar handelt es sich um eine phlegmonöse Eiterung, welche von der rechten Wangengegend aus durch die Augenhöhle hindurch ihren Weg in's Gehirn gefunden hat. Ref.) Strümpell.

---

7) **Ein Fall von Kleinhirntumor** von Rybalkin. (Mitgetheilt und demonstrirt in der October-Sitzung der St. Petersburger psychiatr. Gesellschaft. Russisch.)

Ein 25jähriger kräftiger Mann erkrankte an heftigem, allmählich zunehmendem Kopfschmerz mit frequentem Erbrechen. Nach einigen Monaten stellten sich Gleichgewichts- und Sehstörungen ein, die seine Aufnahme in's Marienhospital veranlassten. Die Untersuchung ergab Stauungspapillen, Lähmung beider Nn. abducentes, Neigung nach rechts umzufallen, ohne Abnahme der Hautsensibilität. Die auf Tumor cerebelli gestellte Diagnose wurde durch die Section bestätigt. Der Tod erfolgte neun Monate nach dem Auftreten der ersten Symptome. In der letzten Zeit hatten sich zu den oben bezeichneten Krankheitserscheinungen noch Hemiparesis sinistra (ohne Betheiligung des N. facialis), Neigung auf der rechten Seite zu liegen und eigenthümliche Störungen der Harnabsonderung hinzugesellt: letztere fehlte zuweilen einige Tage vollständig, und dann wurden zu einer Zeit grosse Mengen (bis 1900 kcm) entleert, ohne dass Affection der Nieren oder Veränderungen der chemischen Zusammensetzung des Harns vorlagen.

Sectionsergebniss: Bedeutende Erweiterung der Hirnventrikel, die gegen 200 kcm klarer Flüssigkeit enthielten. Kleinhirn vergrössert, in seiner Hemisphärenmasse eine Geschwulst von weicher Consistenz, deren grösster Durchmesser 3,5 cm betrug. Die mikroskopische Untersuchung erwies die gliomatöse Natur des Tumors; stellenweise enthielt er cystenartige, mit klarer Flüssigkeit erfüllte Höhlen.

P. Rosenbach.

---

8) **Case of cerebellar haemorrhage. Abnormalities of cerebral arteries** by James Shaw. (Journ. of ment. science. 1884. July.)

74jährige Frau, seit 12 Monaten verworren, unruhig, ängstlich; bei der Aufnahme taumelnder Gang; linke Pupille weiter; Redeflucht, Verworrenheit, Schlaflosigkeit, Angst, Erscheinungen von Verfolgungswahn; vorübergehende leichte rechtsseitige Hemiplegie mit Sprachstörung articulatorischer Natur; später schlechter Gang ohne Lähmung, Schwerhörigkeit. Ein Jahr später Anfall mit Bewusstlosigkeit und Schaum vor dem Munde, darnach grosse Schwäche; die Kranke liegt zu Bett mit angezogenen Beinen, links herabgesetzte Sensibilität und Parese; aus dem Murmeln der Kranken

ist nur das Wort „damn" verständlich, linke Pupille weiter, Verständniss für Gesprochenes scheint zu fehlen. Bald danach Exitus.

Section: Die Arteria cerebral. post. geht von der Carotis int. ab, hinter der A. cerebellaris sup. dext. geht rechts von der Basilaris ein schwacher Ast ab, welcher sich um das Crus cerebri windet, dann ein schmaler Verbindungsast zur Cerebralis post. Die linken Gefässe sind normal. — In der Capsula ext. im äusseren Glied beider Linsenkerne und in den beiden inneren des rechten Linsenkerns kleine Lücken, deren Wände keine abnorme Färbung zeigen; in der rechten Kleinhirnhemisphäre frische Blutung. Die Burdach'schen Stränge leicht sklerosirt. (Es ist nicht gesagt, ob dies mikroskopisch constatirt wurde. Ref.)

S. erklärt die beobachteten Störungen aus der Kleinhirnblutung; den spinalen Befund zieht er nicht in Betracht. A. Pick.

---

9) **Beitrag zur Diagnostik der Lage und Beschaffenheit von Krankheitsherden der Medulla oblongata** von Dr. H. Möser. (Deutsches Archiv für klinische Medicin. Bd. 35. S. 418.)

Die Arbeit enthält ausser ziemlich zahlreichen Literaturangaben mehrere neue Beobachtungen über Aneurysmen der Arteria vertebralis. Der erste Fall betrifft eine 63jährige, an einer Stenose der Aorta leidende Frau, welche im April 1883 plötzlich von Lähmung des rechten Arms und der rechten Gesichtshälfte, verbunden mit Sprachstörung, befallen wurde. Nach einer nicht unbeträchtlichen Besserung dieser Symptome trat im Mai desselben Jahres plötzlich vollständige Lähmung der Zunge mit Sprachlosigkeit, Schlinglähmung, Schwäche des linken Facialis, des Abducens und der Kaumuskeln ein. Nach vorübergehender Besserung trat eine neue plötzliche Verschlimmerung dieser Erscheinungen und am 20. Juli der Tod ein. Die Section ergab als Ursache der älteren rechtsseitigen Hemiparese einen embolischen Erweichungsherd im linken Corpus striatum und ausserdem eine buchtige Erweiterung der linken Vertebralis mit Verdickung der Wand, der Medulla oblongata eng anliegend und hier eine tiefe Grube bildend. Auch an der rechten Vertebralis war eine ähnliche Erweiterung zu sehen, welche aber mehr auf Verdickung der Wandung, als auf Dilatation beruhte. Verf. erklärt die Bulbärsymptome als entstanden durch den Druck des Aneurysmas auf die Oblongata. (Leider fehlt aber, wie es scheint, jede genauere anatomische Untersuchung der Oblongata selbst.) — Der zweite Fall betrifft einen Mann von 61 Jahren mit Insufficienz und Stenose der Mitralis, bei welchem sich allmählich Sprach- und Schlingbeschwerden, verbunden mit Facialisparese und Lähmungserscheinungen in den Extremitäten entwickelten. Am interessantesten ist, dass kurz vor dem Tode ein lautes Geräusch beiderseits zwischen Processus mastoideus und Wirbelsäule constatirt wurde. Die Section ergab eine ziemlich bedeutende aneurysmatische Erweiterung der linken Arteria vertebralis, welche an der unteren Fläche der Oblongata eine deutliche Depression erzeugt hatte. Ausserdem noch mehrfache Erweichungsherde im Gehirn. — Noch in zwei anderen kurz mitgetheilten nicht secirten Fällen mit bulbären Symptomen wurde ein systolisches Geräusch zwischen Wirbelsäule und Proc. mastoideus gehört und auf ein Aneurysma der Vertebralis bezogen.

Strümpell.

---

10) **Des crises de courbature musculaire au début de l'ataxie locomotrice progressive** par Pitres. (Progr. méd. 1884. No. 28.)

Pitres theilt drei Fälle von Tabes mit, bei denen den ersten sicheren Zeichen der Erkrankung eigenthümliche Anfälle von Muskelsteifigkeit vorangingen. Dieselben traten plötzlich ein, dauerten Stunden bis Tage lang und verschwanden wieder, ohne irgend welche dauernde Müdigkeit zurückzulassen. — Sie wiederholten sich nach stunden- oder tagelangen freien Intervallen. — Diese Anfälle sind begleitet von einem

sehr intensiven, schmerzhaften Müdigkeitsgefühl, ähnlich demjenigen, welches bei gesunden Menschen nach sehr langen Fecht-, Reit- oder Schwimmübungen eintritt. — Die dabei auftretenden Schmerzen unterscheiden sich aber sehr wohl von den „spinalen Neuralgien", mit denen sie weder den blitzenden Charakter, noch die grosse Intensität gemein haben. — Doch ist die Empfindung von Steifheit und Müdigkeit, welche besonders in den Beinen und im Kreuz ihren Sitz hat, so gross, dass die Patienten gezwungen sind, schon während des Tages stundenlang die ruhige Rückenlage einzunehmen, bis der Anfall vorübergegangen. Diese „Müdigkeitskrisen" können jahrelang das einzige krankhafte Symptom sein, pflegen auch zu verschwinden, sobald andere charakteristische Tabeszeichen sich einstellen. Im ersten der geschilderten Tabesfälle lag ein Zeitraum von einem Jahre, im zweiten ein solcher von $1^1/_2$ Jahren und im dritten ein Zeitraum von 10 Jahren zwischen dem ersten Auftreten jenes Symptomes und dem Beginn der bekannten tabischen Erscheinungen. Die dritte Beobachtung von Pitres ist darum noch besonders bemerkenswerth, weil sich die „Müdigkeitskrisen" fast unmittelbar an syphilitische Secundärerscheinungen, welche Pat. einem indurirten Schanker zu verdanken hatte, anschlossen.

Von Müdigkeitsgefühlen, die man unter normaler Breite beobachtet, unterscheiden sich jene Krisen, durch den plötzlichen Beginn und ihr rapides Verschwinden, sowie dadurch, dass ihrem Auftreten gewöhnlich keine grössere Anstrengung vorausgegangen. — P. ist geneigt, diese Anfälle von Muskelermüdung und Muskelsteifigkeit jener Reihe von tabischen Krisen gleichzustellen, die als gastrische, intestinale, nephritische, vesicale u. a. beschrieben werden und sie als Ausdruck einer frühzeitigen Erkrankung der sensiblen Muskelnerven aufzufassen. Laquer.

---

11) Des crises clitoridiennes au début ou dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive par Pitres. (Progr. méd. 1884. Sept. No. 37.)

Charcot und Bouchard haben schon 1866 bei einem Falle von Tabes „Clitoris-Krisen" beschrieben; seitdem sind neue Beobachtungen über diese Anomalie im Gebiete der Genital-Sphäre von weiblichen Tabeskranken nicht mitgetheilt worden. — Die von Pitres in dem vorliegenden Aufsatze geschilderten Tabesfälle betreffen drei weibliche Individuen im Lebensalter von 40—50 Jahren. Bei der ersten waren die Wollustgefühle und die eigenthümlichen Sensationen in der Clitoris mit nachfolgender vulvo-vaginaler Secretion 4 Jahre lang das einzige subjective Symptom der beginnenden Tabeserkrankung, bei der zweiten verbanden sich dieselben Symptome zeitlich mit gastrischen Krisen und traten ein Jahr vor den blitzenden Schmerzen auf, bei der dritten endlich hatten die Clitoriskrisen schon 10 Jahre lang bestanden, ehe die Kranke über lancinirende Schmerzen Klage führte. — Ganz besonders bemerkenswerth erscheint uns der letzte Fall, weil die Sensationen in der Scheide, die übrigens hier sowie in den andern beiden Fällen in Erscheinung zu treten pflegten, ohne dass eine sexuelle Erregung irgend welcher Art unmittelbar voranging, gleichzeitig mit gewissen neuralgischen Schmerzen den Kranken belästigten, welche 4 oder 5mal im Monat mit grosser Heftigkeit auftraten, aber nicht in den Extremitäten, sondern im Hinterhaupt und in den Schläfen ihren Sitz hatten. — Die tabische Natur dieser Kopfneuralgien bezweifelt zwar Pitres, aber nach den neuesten Mittheilungen Berger's (s. diese Zeitschrift Jahrgang 1884 Nr. 15) über Occipitalneuralgie und Migräne als Anfangssymptome der Tabes kann es keinem Zweifel unterliegen, dass die von P. genau geschilderten den Genitalkrisen gleichzeitigen neuralgischen Kopfschmerzen des dritten Falles ebenfalls spinalen Ursprungs gewesen sein müssen.

Die semiotische Bedeutung der geschilderten Symptomengruppe springt klar in's Auge, wenn man, wie Pitres auseinandersetzt, sich der analogen Verhältnisse bei tabeskranken Männern erinnert, welche ja auch vor Eintritt der spinalen Impotenz häufig an Reizerscheinungen im Genitalgebiet zu leiden haben. (Nur wird es aus

naheliegenden Gründen schwer sein, selbst wenn sich diese Phänomene bei Weibern recht frühzeitig bemerklich machen, von ihrer Existenz Kenntniss zu erhalten. Ref.)

Laquer.

---

12) Ueber eine eigenthümliche progressive atrophische Paralyse bei mehreren Kindern derselben Familie von Prof. Schultze in Heidelberg. (Berl. klin. Wochenschr. 1884. Nr. 41.)

Drei Kinder von 3, 5 und 8 Jahren, von gesunden Eltern, deren ältestes Kind von 13 Jahren auch ganz gesund ist, sind alle seit Ablauf ihres zweiten Lebensjahres krank. Sie bekommen nach und nach pes varus höchsten Grades an beiden Füssen. — Das 3jährige Kind, Mädchen, zeigt Lähmung und Atrophie im Peroneus-Gebiete mit completer Entartungsreaction in den betreffenden Muskeln; Patellarreflex normal, anscheinend auch die Sensibilität. — Das 5jährige Kind, ein Knabe, zeigt ausser den gleichen Symptomen noch fast complete Lähmung, hochgradige Atrophie und Entartungsreaction im Gebiete beider Nn. tibiales. — Bei dem 8jähr. Mädchen ist die Atrophie auch auf den Oberschenkel fortgeschritten, doch sind dessen Bewegungen noch ausführbar. Aber der Patellarreflex ist erloschen, dabei die Sensibilität auch hier nicht wesentlich beeinträchtigt. An den Händen dieses Kindes besteht ausserdem hochgradige Atrophie der Musculatur (Thenar, Hypothenar, Interossei), und alle diesbezüglichen Bewegungen sind unmöglich. Auch das Radialisgebiet ist nicht intact, die Oberarmmuskeln sind dünn. Die tactile Sensibilität an den Händen ist herabgesetzt, aber die sensiblen Störungen sind den motorischen nicht entfernt an Stärke entsprechend.

Bei keinem der 3 Kinder sind fibrilläre Zuckungen vorhanden; alle 3 haben zwischen der 2. und 3. Zehe jedes Fusses eine stärker entwickelte Schwimmhaut.

Sch. hält es für sehr wahrscheinlich, dass hier eine multiple periphere Läsion vorliegt, besonders wegen des Fehlens fibrillärer Zuckungen und wegen der completen Entartungsreaction. — In betreff der Aetiologie neigt Sch. mehr zur Annahme einer gemeinsamen äusseren Schädlichkeit, als blos einer angeborenen Disposition, wenngleich die supponirte Schädlichkeit nicht ausfindig zu machen war. Aehnlich kommt auch die acute Poliomyelitis, die spinale atrophische Kinderlähmung in sehr seltenen Fällen (Seeligmüller, Schultze) bei mehreren Kindern derselben Familie vor, und auch da muss eine unbekannte äussere gemeinsame Schädlichkeit angenommen werden.

Hadlich.

---

13) Ein Fall von Tetanus neonatorum mit abnorm niedriger Temperatur von 28tägiger Dauer und mit Ausgang in Genesung von Hryntschak. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 5. H. 1 u. 2.)

Der Tetanus entstand bei dem 13tägigen Kinde von einer Nabelwunde aus, welche durch unvorsichtiges Abreissen der Nabelschnur am 4. Tage entstanden war. Vom 4. Krankheitstage an wurde die Temperatur subnormal — 36,0. Von nun an variirt die Temperatur (stets im Anus und Vormittags 11 Uhr gemessen) bis zum 22. Tage zwischen 36,8 und 35,3. Die Ursache des Sinkens der Temperatur erklärt Verf. aus der gesunkenen Herzthätigkeit, durch welche auch das Entstehen von Oedemen an den unteren Extremitäten und am Bauche zu erklären ist.

Die Respiration war beschleunigt; 50—54 Athemzüge während des Anfalls. Chloralhydrat wurde 14 Tage hindurch täglich 1 gr mit gutem Erfolge gegeben.

M. Cohn, Hamburg.

---

14) Ein Erklärungsversuch der verschiedenartigen Temperaturverhältnisse bei der tuberkulösen Basilarmeningitis von Dr. M. Loeb, Frankfurt a. M. (Deutsches Archiv für klinische Medicin. Bd. XXXIV. S. 443.)

Verf. macht darauf aufmerksam, dass in den meisten bisher veröffentlichten Fällen und in einem selbstbeobachteten Fall von Geschwulstbildung in der Hypophysis cerebri auffallende Veränderungen der Körpertemperatur, sowohl starke Erhöhungen, als auch tiefe Erniedrigungen stattgefunden haben. Hieraus entnimmt Verf. den Grund zu der Hypothese, dass „die Verschiedenheiten der Temperaturverhältnisse bei tuberkulöser Basilarmeningitis grösstentheils von dem Vorhandensein oder Fehlen eines Exsudats in der Gegend des Chiasma, von der Reichlichkeit und Dicke der dort ausgeschiedenen Exsudatmassen herrühren". Eine stichhaltige Begründung dieser Hypothese dürfte wohl schwer zu geben sein. Strümpell.

Psychiatrie.

15) Ueber subnormale Temperaturen der Paralytiker von Prof. Hitzig. (Klin. Woch. 1884. Nr. 34.)

Bei Paralytikern beobachtet man 1) erstaunliche Sprünge der Temperatur ohne Krämpfe oder paralytische Anfälle; 2) Absinken der Temperatur Stunden oder Tage vor dem paralytischen Anfall; während des Anfalls steigt die Temperatur nicht wieder auf die normale Höhe. 3) Die Temperatur, die vor dem paralytischen Anfall gesunken, steigt in demselben, um entweder zur Norm zurückzukehren oder bis zum Tode hoch zu bleiben oder von Neuem tief zu sinken. In einem Falle sank die Temperatur bis zum Tode auf 25°. In einer Anzahl von Fällen spielt als Ursache der Temperaturerniedrigung unzweifelhaft Herzschwäche eine Hauptrolle, ob und in wieweit die Erkrankung des Grosshirns durch einen Einfluss auf die Gefässcentren des Hinterstammes und Rückenmarks eine Temperaturerniedrigung herbeiführt, lässt sich bei den widersprechenden Resultaten der zahlreichen angestellten Versuche bei Thieren nicht sagen. M.

16) Zur Casuistik der niedrigsten subnormalen Körpertemperaturen beim Menschen nebst einigen Bemerkungen über Wärmeregulirung von Dr. Reinhard. (Klin. Woch. 1884. Nr. 34.)

In zwei Fällen von progressiver Paralyse beobachtete Verf. Temperatursenkung bis 22,6° resp. 22,5° C. im Rectum, in dem ersten Falle trat innerhalb $4^1/_2$ Stunden der Tod ein, im zweiten trat nach einer vorübergehenden Erhebung der Tod ein. Die Ursache der Temperaturerniedrigung sucht Verf. in einer Lähmung resp. Erschöpfung des Centralorgans. Er hält im Uebrigen die thermischen Vorgänge eng verknüpft mit den vasomotorischen oder betrachtet vielmehr jene als eine der Aeusserungsweisen der letzteren, und meint in Betreff der Localisation, dass das Gehirn überwiegend den Gefässtonus erhöhende Centren, das Rückenmark vorherrschend den Gefässtonus herabsetzende Centren habe, während im Pons und in der Medulla oblongata beide Centren in ziemlich gleicher Stärke und Vertheilung vorhanden sind. M.

17) Contribution à l'étude de l'inégalité de poids des hémisphères cérébraux dans la folie névrosique et la démence paralytique par Marandon de Montyel. (L'Encéphale. 1884. No. 5.)

M. bestätigt die Beobachtung von Luys, dass meist bei Geistesgesunden die linke Hemisphäre ein um ca. 5 gr höheres Gewicht habe, während bei Geisteskranken umgekehrt die rechte Hemisphäre schwerer wiege. M. hat in 89 Autopsien von Kranken, welche an einfachen Seelenstörungen erkrankt waren, bei 81 % ein Ueberwiegen der rechten Hemisphäre gefunden, Luys nur in 71 %, Letzterer hat aber keine Rücksicht auf die Art der Erkrankung genommen. Das Verhältniss ist für

beide Geschlechter das nämliche. Während Luys in dem Mindergewicht der linken Hemisphäre den Grund der psychischen Erkrankung erblickt, will M. das Mindergewicht als den Effect der Psychose betrachtet wissen, indem er sich auf seine Beobachtung stützt, dass ein directes Abhängigkeitsverhältniss zwischen der längeren Krankheitsdauer und dem grösseren Mindergewicht der linken Hemisphäre bestehe, dazu zieht er auch das Alter in Betracht.

Das Mindergewicht der linken Hemisphäre wechselt von 2—85 gr, beträgt bei Gesunden nach den Zahlen M.'s im Mittel 14 gr, und das ist mehr, als bei Gesunden das Uebergewicht der linken Hemisphäre beträgt, in den seltenen Fällen aber, in welchen die linke Hemisphäre das Uebergewicht auch bei Kranken behält, ist dieses Uebergewicht geringer als bei Gesunden.

Dagegen überwog in 94 Sectionen von Paralytikern 61mal die linke Hemisphäre. M. schliesst daraus, dass sich die cerebralen Läsionen der Paralyse besonders auf die rechte Hemisphäre localisiren und sie atrophiren lassen. Die tabellarische Zusammenstellung der Beobachtungen und Berechnungen muss im Original eingesehen werden. Zander.

---

17) **Ricerche sulla Anatomia patologica della Paralisi progressiva a contributo delle localizzazioni cerebrali** del Tamburini e Riva. Vorläufige Mittheilung. (Aus der Atti del Congress. d. Soc. freniatr. Voghera, 16.—22. September 1883.)

Unter 60 Fällen fanden sich Läsionen:

an den Stirnlappen . . .	56mal,	an den Schläfenlappen . .	19mal,
an den Parietallappen . .	44mal,	an den Hinterhauptslappen	9mal,
an den Sphenoidallappen .	27mal,	an der Insel	3mal.

Am häufigsten betroffen waren die Central-Windungen und zwar:

die Frontal. ascend. (Central. ant.)	29mal,
die Parietal. ascend. (Central. post.)	30mal,
Ausserdem die 3. Stirnwindung	18mal,

abgesehen von den Fällen, in denen der ganze Stirnlappen litt. Am Stirnlappen sass die Läsion am häufigsten an der Spitze, bisweilen fand sich gar nichts Anderes. Ziemlich häufig, 17mal, war auch die untere Fläche der Stirnlappen, die Orbitalwindung, der Sitz der Läsion; 5mal die innere, zwischen den Hemisphären liegende Partie.

Am Parietallappen war (die Pariet. ascd. ausgenommen) die untere Windung zumeist betroffen und zwar 9mal, die innere Fläche desselben 4mal.

Von den Schläfenwindungen kamen auf die obere 4, auf die mittlere 3 Fälle.

Am Sphenoidallappen kamen Gyr. Hippocampi und Uncus am meisten in Betracht.

Am Seltensten kamen Läsionen an den inneren Gegenden der Hemisphären, wo der Hydrops ventriculor. vorherrschte, ebenso am Rückenmark vor (12 Fälle).

Aus diesen Ergebnissen lässt sich ziemlich sicher der Schluss ziehen, dass die fortschreitende Paralyse eine Krankheit der Hirnrinde ist und ihren vorzugsweisen Sitz in der Reg. fronto-parietalis hat, häufig aber auch auf die Keilbeingegend übergreift.

Bezüglich der Motilitätsstörung, die in allen 60 Fällen mehr oder minder vorhanden war, ergiebt sich aus Obigem:

1) dass in 55 Fällen die sogenannte motorische Rindensphäre afficirt war, d. h. die Lobi fronto-pariet. zusammen, oder frontale und pariet. allein;

2) in 36 von den 55 Fällen waren es die Centrallappen vorzugsweise.

3) In 21 Fällen, wo einseitige Bewegungsstörung und zwar auf der der

Hirnläsion entgegengesetzten Seite stattfand, waren 13mal die Centralwindungen, 6mal die Reg. fronto-pariet. im Allgemeinen und 1mal die inneren Stirn-Scheitelbein-Windungen (nicht die eigentliche motorische Sphäre) betroffen.

4) Diese 21 einseitigen Fälle zeigten sämmtlich Hemiplegie oder Hemiparese; 15mal ausserdem Hemiepilepsie, 10mal Hemianästhesie, resp. Hemianalgesie.

5) In einigen Fällen war die Hirnläsion sogar genau umgrenzt und der Bewegungsstörung entsprechend. So in 2 Fällen, wo bei Lähmung der rechten oberen Extremität der mittlere Theil der linken Centralwindung betroffen war.

6) Die Sprachstörung hing in den meisten Fällen mit Läsionen der dritten Stirnwindung zusammen; in 18 Fällen zeigte die letztere sogar einen speciell ausgeprägten Zerstörungsherd.

Die Sensibilitätsstörungen betreffend, die einerseits in Reizerscheinungen, d. h. Sinnestäuschungen aller Art, andererseits in Lähmungserscheinungen, d. h. Schwäche der verschiedenen Empfindungsäusserungen bestanden, ergab sich:

Unter 16 Fällen von Gesichts- oder Gehörstäuschungen (die meistens zusammen vorkamen) war in 14 irgend ein Theil der (experimentell nachgewiesenen) sensorischen Rindensphäre betroffen. So in 10 Fällen die hintere untere Partie des Lob. parietalis, und in 5 Fällen mit Vorherrschen von Visionen ganz allein der Lob. parietal. infer., resp. Gyr. angularis; 5mal die Windungen des Schläfenlappens, in sp. der Gyr. superior und in 1 Falle von einseitigen Gehörstäuschungen war die Läsion auf die 1. Schläfenwindung der andern Seite beschränkt. Endlich waren in diesen Fällen noch 6mal die Sphenoidalwindungen und 3mal der Occipitallappen betroffen.

Diese Ergebnisse entsprechen der von Tamburini aufgestellten und durch klinische Belege seitens Pick, Kaudinzki, Mickle, Exner, Magnan bestätigten Theorie, dass die Hallucinationen auf einem Reizzustande der sensorischen Centren der Hirnrinde beruhen.

Auch die von Munk und Tamburini früher, von Golgi 1882 ausgesprochene Annahme, dass in der sog. motorischen Rindenzone neben den motorischen Centren Empfindungscentra für die verschiedenen Körpertheile sich befinden, wird bestätigt. In 25 Fällen, wo ausser den Bewegungsstörungen deutlich erkennbare Störung der Schmerz- oder Tastempfindung vorhanden gewesen, hatte die Rindenläsion 22mal ihren Sitz in der Reg. fronto-parietalis, darunter in 10 Fällen mit einseitiger Anästhesie und Analgesie auf der gegenüberliegenden Hemisphäre. Die Läsion war in allen diesen Fällen tiefgehend, entweder in Form von Atrophie oder Erweichung, wie denn auch Lisso in 36 Fällen von Hirnrindenläsion gefunden hat, dass da, wo die tieferen Schichten afficirt sind, neben Bewegungsstörungen auch solche der Tast- und allgemeinen Empfindung einhergehen.

In 6 wohlconstatirten Fällen von Schwäche oder Functionsstörung der Sinnesorgane (Gesicht, Gehör), fand sich neben der Läsion der Reg. fronto-parietal. stets auch eine solche einer der sensorischen Rindenzonen und zwar am Schläfenlappen für das Gehör, am unteren Scheitel- und am Hinterhauptslappen für das Gesicht. Fränkel.

---

19) Zur Kenntniss der Dementia paralytica von Dr. Eickholt in Grafenberg. (Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 41. H. I.)

In dem ersten Abschnitt der vorliegenden Abhandlung (Beiträge zur Aetiologie) werden die wichtigsten ätiologischen Momente der Dementia paralytica rücksichtlich der Häufigkeit ihres Vorkommens und ihres Werthes besprochen, wobei die Paralyse der Frauen um einiger ihr eigenthümlicher Momente willen eine besondere Berück-

sichtigung erfährt. Was zunächst das männliche Geschlecht betrifft, bei welchem der Procentsatz an Paralytikern aus einer Zahl von 1000 Kranken berechnet 17 beträgt, so fand Verf. im Einklang mit den meisten Autoren die häufigste Anzahl von Erkrankungen im Alter zwischen 35 und 50 Jahren, während er Fälle bei unter 30 und über 60 Jahre alten Personen nur in sehr geringer Zahl beobachtete; der Angabe Mendel's, dass den bei sehr jugendlichen Individuen auftretenden Paralysen besondere auxiläre Momente zukämen, pflichtet Verf. nicht bei, vindicirt denselben dagegen einen eigenthümlich perniciösen Verlauf. Den Einfluss der Heredität schlägt Verf. gleich den meisten andern Autoren bei der Dementia paralytica erheblich geringer an, als bei den übrigen Geistesstörungen, um so geringer, als derselbe durch das häufige, gleichzeitige Mitwirken anderer Schädlichkeiten (Trunksucht, Ueberanstrengung, psychische Insulte, Noth), welche ihrerseits bei erblich nicht belasteten Individuen als ätiologische Momente der Paralyse anerkannt sind, noch an Gewicht verliert. Von diesen letzgenannten kommt nach des Verf. Erfahrungen ganz besonders die Trunksucht in Frage (in 24, 2 p. Ct.). Die Bedeutung der Syphilis für die Entstehung der Paralyse ist nach E. keine sehr bedeutende. Denn in 161 daraufhin untersuchten Fällen konnte er mit Sicherheit nur bei 19 Lues in der Anamnese nachweisen; bei 12 von denselben lag zwischen der Infection und dem Ausbruch der Paralyse ein Zwischenraum von 5—20 Jahren, bei keinem hatte eine antiluetische Therapie einen Erfolg, keiner bot irgend welche Besonderheiten im klinischen Verlauf, nur einer specifische pathologisch-anatomische Veränderungen, die bei weitem überwiegende Majorität aber liess anderweitige Ursachen für Paralyse in der Vorgeschichte erkennen. Primäre Psychosen kommen auch nach des Verf. Beobachtungen als ätiologische Momente für Dementia paralytica nur selten in Frage und überhaupt nur dann, wenn letztere sich im directen Anschluss an eine entweder längere oder kürzere Zeit bestehende, einfache Geistesstörung entwickelt, wobei dann im ersteren Fall die Paralyse als Complication dieser, im letzteren diese als Anfangsstadium jener aufzufassen sei, nicht aber, wenn, wie in einem ausführlicher beschriebenen Grafenberger Fall, zwischen einfacher Psychose und Paralyse ein mehrjähriger Zwischenraum geistiger Integrität liege. — Bei der Paralyse der Frauen, deren Häufigkeit im Verhältniss zu der bei Männern sich nach E.'s Erfahrungen wie 1:6 stellt, berücksichtigt Verf. neben Anderem als in Frage kommend für die Aetiologie und zum Theil für dieselbe bisher nicht genugsam gewürdigt, die Gravidität und das Climacterium. Den Einfluss des letzteren hält er für weniger bedeutend, als man nach den Angaben von v. Krafft-Ebing und Jung anzunehmen geneigt sein könnte; dass die erstere unter Umständen in der Aetiologie der Paralyse eine Rolle spielen kann, illustrirt er durch 3 in Grafenberg von ihm gemachte Beobachtungen.

Der zweite Theil der vorliegenden Arbeit (über die Entstehung der paralytischen Anfälle) beschäftigt sich mit der Lösung der Frage nach dem Ausgangspunkt der paralytischen Anfälle und der Art ihrer Entstehung. Den ersteren verlegt Verf. mit Rücksicht auf die zur Zeit über die Genese der epileptischen Anfälle geltenden Anschauungen und Theorien und des der Dementia paralytica zu Grunde liegenden pathologisch-anatomischen Processes in die graue Hirnrinde; die Entstehungsursache der epileptiformen Insulte ist nach seiner Ansicht entweder eine rein functionelle der Art, dass in Folge einer Ernährungsstörung die Ganglienzellen der motorischen Centren sich in einem Zustand eines labilen Gleichgewichts befinden und durch einen peripher (volle Blase etc.) oder auch intracraniell (Hirnödem und dadurch bedingte Störungen in der Blutbewegung) liegenden Reiz in gesteigerte Thätigkeit versetzt werden, oder sie beruht in pathologischen Veränderungen, als: progredienten, chronisch-entzündlichen Vorgängen, Erweichungen, submeningealen Blutungen, Haematoma durae u. dergl. — Die Entstehungsursache der apoplectiformen Anfälle sucht E. in den bei Paralyse häufigen Druckschwankungen im Gehirn. Brückner.

Therapie.

20) Ueber eine neue Methode der Lagerung Gelähmter und Unreinlicher von Medicinalrath Dr. W. Sander, Dalldorf. (Berliner klin. Wochenschrift. 1884. Nr. 41.)

S. empfiehlt die Holzwolle (Verbandstofffabrik von P. Hartmann in Heidenheim, Württemberg) auf ein Bett mit dichtem Boden locker auszubreiten, ohne Bezug, Laken etc., selbst das Hemd kann weggelassen werden. — Die Holzwolle ist weich, elastisch, angenehm kühl, der Körper macht in derselben einen genauen Abdruck, der Druck einzelner Stellen wird dadurch vermieden, und S. hat schon beginnenden Decubitus auf diesem Lager von selbst heilen gesehen.

Die Holzwolle saugt alles Nasse auf, und mit ihr kann deshalb Urin, Koth etc. leicht mittelst einer Schaufel entfernt werden. Einen Uebelstand bildet der Staub; das morgendliche Auflockern muss darum vorsichtig geschehen, auch kann geringe Befeuchtung, vielleicht mit Glycerin, angewendet werden. Aber für unruhige Patienten eignet sich die Holzwolle jedenfalls nicht, auch nicht für solche (Geisteskranke), die sie etwa essen, weil sie stark aufquillt.

Ein Lager von 15—20 kg ist allerdings zur Zeit nicht ganz billig, da das Kilogramm 70 Pfg. kostet und der tägliche Verbrauch etwa 50 Pfg. beträgt; aber auch alle anderen Apparate für diese Zwecke sind theuer, und namentlich fällt bei der Holzwolle die Wäscheersparniss in's Gewicht.

Wegen der Möglichkeit leichter und schneller Entfernung (und Verbrennung) der Excremente bringt Verf. die Holzwolle auch zur Vernichtung von Krankheitskeimen (Cholera) in Vorschlag. Hadlich.

Forensische Psychiatrie.

21) Eintheilung der Verbrecher in 4 Typen von Dr. Johann Badik, Strafhausarzt in Illava, Ungarn. (Virchow's Archiv. Bd. 97. H. 2.)

Verf. hat bei den von ihm untersuchten ca. 600 Verbrechern und nach 60 bis 70 Sectionen entweder keine Schädelanomalie oder Schädelasymmetrie und Verflachung des Hinterhauptes gefunden, ferner am Gehirn entweder keinen pathologischen Befund, oder folgenden: Arachnitis mit einem etwas sulzigen, opaken Exsudat und Rinden-Encephalitis (Pia-Verwachsung). Danach bildet Verf. 4 anatomische Gruppen, deren Merkmale sind: 1) symmetrischer Schädel: a) kleiner Schädel, kein pathologischer Befund am Gehirn; b) mittelgrosser Schädel mit pathologischem Gehirnbefunde; — 2) asymmetrischer Schädel: a) ohne, b) mit pathologischen Veränderungen am Gehirn.

Diesen 4 Gruppen entsprechen nun seine 4 Verbrechertypen:

1 a) „Einfältige Menschen", fromm und grosse Esser, ohne intellectuelle und moralische Entwickelungsfähigkeit.

1 b) Erregbare Menschen, die im Affect ihre Verbrechen begangen haben; meist bildungs- und besserungsfähig.

2 a) Die eigentlichen Bösewichte, ganz verworfene, stets Schlechtes sinnende Verbrecher.

2 b) Meistens Epileptiker, die grösstentheils die That in bewusstlosem Zustande begangen haben, meistens später blödsinnig werden; sie bilden die „Brücke" zu den Geisteskranken.

Der Zahl nach verhalten sich die 4 Typen wie 1 : 3 : 9 : 0,5. —

(Danach scheint es, als wenn etwa 10 % der in Illava Detinirten Geisteskranke sind. — Bei seinem recht einfachen System hat Verf. anscheinend auf Abusus spirit., Syphilis, Tuberculose etc. keine Rücksicht genommen. Ref.) Hadlich.

---

22) **Simulation of insanity by a criminal lunatic** by T. J. Bluthardt. (American Journal of neurology and psych. 1883. p. 380.)

Ein sehr klar liegender Fall von Simulation durch einen Geisteskranken, um der Strafe für ein von ihm verübtes Verbrechen zu entgehen. Ein an Hebephrenie leidender junger Mensch, der bei einem Eisenbahnunglück vor einigen Jahren ein Bein verloren hatte, sollte seiner Geistesstörung wegen einer Irrenanstalt übergeben werden, musste aber bis zur Erledigung gewisser Formalitäten vorläufig in einem Gefängniss untergebracht werden. Da er völlig harmlos erschien, wurde er mit einem anderen Gefangenen in dieselbe Zelle gesperrt; da der letztere aber die gemeinsame Schlafstelle ganz für sich in Anspruch nahm, so entspann sich ein Streit, in welchem der Kranke nachgeben musste. Dafür ermordete er nun in der Nacht, als sein Zellengenosse ruhig schlief, denselben durch Schläge mit dem eisenbeschlagenen Stelzfuss. Am nächsten Morgen meldete er dem Aufseher, es sei Alles in Ordnung und wollte ihn nicht die Zelle inspiciren lassen. Als aber trotzdem das Verbrechen entdeckt wurde, simulirte er plötzlich absolute Verwirrtheit und Demenz, verneinte jede Kenntniss von der That und führte die Blutflecken an seiner Person auf eine zufällige Epistaxis zurück. Natürlich machte weder der Nachweis der Simulation, um der gefürchteten Strafe zu entgehen, noch der der bereits vor dem Morde anerkannten Hebephrenie besondere Schwierigkeiten. Sommer.

---

23) **Schwere Verletzung der Mutter und Frau, wahrscheinlich in transitorischer Geistesstörung a potu.** Fakultätsgutachten der Grazer medicinischen Fakultät. Mitgetheilt von v. Krafft-Ebing. (Aus den Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark.)

Ein etwa 50jähr. Gewohnheitstrinker machte im Zustand hochgradigen Rausches den Versuch, Mutter und Frau zu erstechen, ohne der Ersteren gegenüber ein Motiv für die That zu haben, und nachdem er Beiden schwere Verletzungen beigebracht, einen erfolglosen Selbstmordversuch. Kurz nach der That rasche Ernüchterung des Thäters, offenes Geständniss, Unfähigkeit, die That zu motiviren, dabei sehr defecte Erinnerung für die näheren Umstände bei derselben. Das Gutachten spricht sich dahin aus, dass der Thäter zur Zeit seines Verbrechens „in einem geistig unfreien, sogenannten bewusstlosen" Zustande sich befunden habe. Brückner.

III. Aus den Gesellschaften.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Sitzung den 10. November 1884.

Oppenheim: **Ueber Vagus-Erkrankung im Verlauf der Tabes dorsalis.** Vortr. beschränkt sich darauf, von den im Verlauf der Tabes dorsalis auftretenden Krankheitserscheinungen, welche mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf eine Erkrankung des N. vagus bezogen werden können, die Kehlkopfsymptome zu besprechen. Während die Larynxkrisen wenigstens von Seiten der französischen Autoren eingehend gewürdigt worden sind, sind die Mittheilungen über Kehlkopfmuskellähmungen noch vereinzelt und die anatomischen Befunde noch recht spärlich.

(Der Vortr. führt die einschlägige Literatur an.)

Ein Kranker, der der Gesellschaft vorgestellt wird, bietet die Zeichen einer vorgeschrittenen Tabes dorsalis. Er leidet seit Jahren an Larynxkrämpfen, im letzten Jahre ist die Stimme rauh, heiser, zeitweise klanglos, der Athem keuchend. — Die laryngoskopische Untersuchung ergiebt eine Parese beider Musculi crico-arytaenoidei,

sowie des rechten thyreo-arytaenoideus. Der Puls ist zeitweise arythmisch und setzt für 6—8 Schläge ganz aus.

Vortr. berichtet alsdann über eine Patientin, die Jahre lang auf der Nervenabtheilung beobachtet wurde. Sie zeigte das Bild der Tabes dorsalis in seiner ganzen Vollkommenheit und litt an gastrischen und Larynxkrisen. In den letzten Lebensmonaten treten auch hier die Zeichen einer Stimmbandparese hervor. Die Autopsie zeigte graue Degeneration der Hinterstränge, im Vagus-Accessorius-Kern der Medulla oblongata nichts Besonderes; über die Beschaffenheit des Respirationsbündels hat der Vortr. bis jetzt noch kein abgeschlossenes Urtheil, — dagegen tritt eine erhebliche Degeneration im Stamm des N. vagus und des laryngeus recurrens hervor, wie die vom Vortr. demonstrirten mikroskopischen Präparate beweisen. O. bedauert, den N. laryngeus superior nicht herauspräparirt zu haben, auf dessen Untersuchung in Zukunft Werth zu legen sei.

Larynxkrisen hat Vortr. in 12 Fällen von Tabes dorsalis constatiren können. Die Anfälle haben nicht immer denselben Charakter, sondern gleichen bald dem Keuchhustenparoxysmus, bald mehr jener Form von Larynxkrämpfen, wie sie als Laryngismus stridulus geschildert wird, endlich wechselten mit diesen Anfällen solche einfacher Athemart und Angst ab. Sie können Jahre lang und selbst über ein Jahrzehnt bestehen, ohne schwere Folgeerscheinungen und können selbst an Intensität verlieren. Aber gerade in den Fällen, in denen sie sich häufen und an Heftigkeit stets zunehmen, scheinen die Stimmbandparesen sich einzustellen. Von den Beziehungen der Kehlkopfstörungen zu anderen Symptomen der Tabes dors. erscheinen dem Vortr. am constantesten die zu den gastrischen Krisen, insofern als diese in der Mehrzahl seiner Beobachtungen Jahre lang vorausgingen; ausserdem bestehen nebenher gern Schlingbeschwerden, meist leichterer Art, Schwindel- und Ohnmachtsanfälle etc., Arthropathien waren in 3 Fällen vorhanden.

Der Tod erfolgte einmal sicher in einem solchen Anfall, in einer anderen Beobachtung ging ein Hustenparoxysmus wenigstens dem Exitus unmittelbar voraus.

In den meisten der genannten Fälle, sowie auch in vielen der durch gastrische Krisen ausgezeichneten Fälle von Tabes dorsalis konnte Vortr. in der seitlichen Halsgegend, am Innenrand des M. sternocl. einen Schmerzdruckpunkt auffinden.

Mendel bemerkt in Bezug auf das vom Vortr. erwähnte „Respirationsbündel" (wohl besser als solitäres Bündel zu bezeichnen, da seine Beziehungen zur Respiration fraglich sind), dass nach den Untersuchungen von Pierret dasselbe in Zusammenhang mit den Sympathicusfasern stehe, dass demnach, wenn eine Veränderung desselben gefunden würde, dieselbe nicht ohne Weiteres für die motorischen Störungen in Anspruch genommen werden könnte.

Westphal kann von einem Tabesfalle mit Larynxaffectionen berichten, in welchem Sklerosirung des Ependyms des 4. Ventrikels gefunden wurde und dieser Process vielleicht auch den Vaguskern mit getroffen hat. Genauere Untersuchung steht noch aus. — Westphal schlägt ferner vor, den Namen „Larynxkrise", „gastrische Krise" fallen zu lassen, weil „Krise" bei uns eben eine andere Bedeutung habe, als im Französischen; „gastralgische Anfälle", „Larynxkrämpfe" würde passender sein.

Bernhardt hat keinen Zusammenhang zwischen gastrischen Krisen und Larynxkrisen beobachtet; erstere kommen relativ häufig, letztere selten vor.

Oppenheim hat auch nur gesagt, dass er mehrmals notirt habe, dass Larynxanfälle eingetreten seien, nachdem bei denselben Kranken früher gastrische Krisen vorgekommen waren.

Jastrowitz hat einen Fall beobachtet, wo die Tabes mit Larynxkrisen und Oculomotoriuslähmung begann.

Remak berichtet über einen typischen Fall von Tabes mit Augenmuskellähmungen, bei welchem nahezu als erstes Symptom eine einseitige Lähmung des M. crico-arytaenoideus posticus von Böker constatirt wurde. Es spricht dies gegen die aus-

schliessliche Auffassung der Posticuslähmung als Contractur der Stimmbandadductoren, wie sie soeben von F. Krause vertreten würde.

Thomsen: **Ein Fall von typisch recidivirender Oculomotoriuslähmung.** Der jetzt 34jähr., sonst gesunde, nicht erblich belastete Kranke bekam im 5. Lebensjahre unter Uebelkeit, Kopf- und Augenschmerzen (ohne Entzündung) eine Oculomotoriuslähmung des rechten Auges, die seitdem ganz typisch ein- bis zweimal im Jahr (im Mai und im October) recidivirt und zwar unter denselben Prodromen. Die Lähmung ist eine complete (völlige Ptosis, Paralyse des Rectus sup., int. und inf., Pupillenstarre und Accommodationslähmung) und dauert einige Wochen. In der anfallsfreien Zeit besteht eine Oculomotoriusparese mittleren Grades. Seit dem 13. Lebensjahre leidet der Pat. überdies in Folge eines Trauma capitis an epileptischen Anfällen. Auffällig ist, dass erstens die Oculomotoriuslähmung mit psychisch-nervösen Symptomen einsetzt, zweitens, dass ein incompleter Anfall beobachtet wurde nach einem starken psychischen Shok und dass sich die Lähmung verstärkt fand nach einem nächtlichen Angstanfall und drittens, dass das Gesichtsfeld beider Augen — aber auf dem rechten Auge in beträchtlich höherem Grade — eine concentrische Einengung zeigt, die, ganz proportional der Intensität der Lähmung, zugleich mit dieser zu- und abnimmt. Auf der Höhe des Lähmungsanfalles betrug das Gesichtsfeld auf dem rechten Auge nur 3—5 ° (links 20 °); die Farbenkreise verhalten sich entsprechend.

Auch die Sehschärfe zeigt sich auf der Acme des Anfalls eher mehr herabgesetzt, als im Intervall.

Der Vortr. betont die ganz auffällige innige Beziehung von Oculomotoriuslähmung, psychischem Verhalten und Gesichtsfeldsweite und weist auf die gleichzeitig bestehende Epilepsie hin, ohne übrigens einen Zusammenhang beider Affectionen behaupten zu wollen.

Remak beobachtete vor ca. 2 Jahren einen 22jährigen Brauer (Potator), der seit seinem 12. Jahre an Anfällen litt, die mit Uebelkeit resp. Erbrechen und Schmerzen in der linken Schläfe beginnend zu Lichtscheu und Oculomotoriuslähmung führten; das Ganze dauerte 2—3 Wochen und trat etwa jährlich 2mal auf. Seit 3—4 Jahren wiederholt sich der Anfall jedoch etwa alle 3 Monate, und es bleibt seit einiger Zeit auch in dem freien Intervall ein geringer Grad von Oculomotoriuslähmung zurück. Ein in Königsberg gemachter Versuch, diese beständige Lähmung durch eine Schieloperation auszugleichen, hatte nur bis zum nächstfolgenden Anfalle Erfolg. — Das Gesichtsfeld hat R. leider nicht geprüft. — R. sah ausserdem einmal eine typische linksseitige Oculomotoriuslähmung, die nach 2 Tagen wieder verschwand. — Unzweifelhaft war es ein dem des Vortragenden analoger Fall, den Möbius kürzlich beschrieben und bei dem er — nach R.'s Meinung mit Unrecht — einen Gehirntumor mit Schwellungszuständen diagnosticirt hat. Es würden dann doch auch noch andere Erscheinungen, vom Tumor bedingt, vorhanden sein müssen. R. hat aber auch in seinem Falle das sonstige Befinden des Kranken ganz normal gefunden. Er glaubt deshalb, dass reflectorische functionelle Störungen zu Grunde liegen, welche der Hemicranie an die Seite zu stellen sind.

Hirschberg bemerkt zuerst auf eine Anfrage Remak's, dass er rasch vorübergehende Oculomotoriuslähmung gelegentlich, wiewohl nicht häufig gesehen, dass aber derartige Fälle wie der demonstrirte ganz exceptionell und merkwürdig seien, und auch mit den in der Literatur vorliegenden, betreffend periodische Oculomotoriuslähmung bei jungen Damen im Zusammenhang mit Menstruationsstörungen, nichts gemein hätten.

Was den vorgetragenen Fall selber betrifft, so muss er bezüglich der herabgesetzten Sehschärfe des rechten Auges bemerken, dass schon das Protokoll in ihm die Vermuthung des Astigmatismus wachgerufen habe, und dass die soeben vorgenommene ophthalmoskopische Untersuchung diese Ansicht bestätigt. Die Herabsetzung

der centralen Sehschärfe des rechten Auges hat also nichts mit dem Nervenleiden zu thun. — Die Beschränkungen des Gesichtsfeldes auf 3 oder 10 Grad, die so rasch kamen und gingen, seien höchst seltsam. Ein Mensch, dessen Gesichtsfeld derartig beschränkt ist, vermag nicht auf unseren Strassen allein umher zu gehen; ja nicht einmal im Zimmer, ohne allenthalben anzustossen. Es ist höchst fraglich, ob derartige Kranke so genau angeben, wie ein geistig Gesunder z. B. mit Retinitis pigmentosa. Sollten derartige Kranke zur Zeit der Gesichtsfeldbeschränkung frei umher gehen, eventuell auch nach Verschluss des bessern Auges, so wäre damit bewiesen, dass sie nicht die wirkliche Grenze des Gesichtsfeldes angeben, sondern nur die Grenze des deutlichen Erkennens, und dass diese psychiatrischen Gesichtsfeldzeichnungen mit den ophthalmologischen nicht identificirt werden dürfen.

Thomsen giebt zu, es sei möglich, dass undeutliches Sehen ausserhalb der von ihm gezeichneten Gesichtsfeldgrenzen bei seinem Kranken vorhanden sei; das Wesentliche der von ihm beobachteten Thatsachen werde dadurch aber gar nicht alterirt.

Uthoff tritt für die richtige Zeichnung der betreffenden Gesichtsfelder ein. Auch hysterische Gesichtsfeldbeschränkungen würde man doch in derselben Weise zeichnen müssen.

Hirschberg erwidert, dass die schwankende Basis der Hysterie keinen genügenden Halt für den vorliegenden Fall abgebe. Hysterische erklären, auf einem Auge farbenblind zu sein, und erkennen die Farben auf's Sicherste, wenn man sie dem betreffenden Auge im Stereoskop so darbietet, dass Jene wähnen, sie mit dem gesunden Auge zu schauen. Das, was sie als ihre Perception angeben, hängt ab von ihrem Urtheil. Hysterische erklären, auf einem Auge fast blind zu sein, und wenn man sich die genügende Mühe giebt, Zeit nimmt und die richtigen Kunstgriffe anwendet, lesen sie mit dem angeblich blinden Auge feinste Schrift. Hysterische geben an, auf einem, und selbst auf beiden Augen hochgradige concentrische Gesichtsfeldbeschränkung zu haben, und gehen dabei so unbefangen durch unsere Untersuchungszimmer, dass der Kundige weiss, was von ihren Angaben zu halten ist. Ehe nicht gründliche, länger fortgesetzte Untersuchungen über die freie Orientirung solcher Nervenkranken vorliegen, möchte ich meine Bedenken bezüglich der aufgezeichneten Gesichtsfelder aufrecht erhalten. Eine functionelle Prüfung, die auf den Angaben des Patienten beruht, hat nur dann ihren Werth, wenn der Arzt eben durch Controlversuche sich überzeugt, dass die Angaben des Kranken richtig gemacht sind.

Westphal hält die Verständigung hierüber für leicht und einfach. Die Gesichtsfelder sind jedenfalls richtig gezeichnet, nur bedarf es einer Erläuterung darüber, ob ausserhalb der gezeichneten Grenze grössere Gegenstände, als das Papierquadrat noch wahrgenommen werden.

Oppenheim weist darauf hin, dass auch in gewissen Fällen von concentrischer Gesichtsfeldeinschränkung bei organischen Gehirnkrankheiten mit Hemianaesthesia completa es sich ergebe, dass die Kranken ausserhalb der Grenze wohl grobe, aber keine feineren Dinge mehr wahrnehmen können.

Mendel: **Ueber präepileptisches Irresein.** So sorgfältig die Zustände von postepileptischem Irresein bisher beschrieben sind, so dürftig seien bisher die Angaben über die Zustände des präepileptischen Irreseins. Ausser den dem Anfalle häufig nur als Aura vorangehenden Hallucinationen in den verschiedensten Sinnen können folgende Zustände präepileptischen Irreseins unterschieden werden:

1) Zustand von Schwerbesinnlichkeit in den verschiedensten Graden, Neigung zum Schlaf bis zur vollständigen Betäubung.

2) Zustände von Unruhe und grösserer Erregung bis zur vollständig ausgebildeten Tobsucht, die mit dem epileptischem Anfall endet.

3) Melancholisch-hypochondrische Zustände, nicht selten mit Neigung zum Suicidium.

4) Zustände, in denen einzelne Vorstellungen nach Art der Zwangsvorstellungen, oder Triebe das Seelenleben fast uneingeschränkt beherrschen und bei der Schwäche der contrastirenden Vorstellungen und bei mässig getrübtem Bewusstsein zu gewaltthätigen Handlungen führen können, die den Charakter der reflectorischen annehmen.

Ueber einen forensischen Fall der letzteren Art berichtet der Vortragende.

Einem 40jähr. Mann, Potator und Epilepticus, hatte die Ehefrau angeblich gesagt: „Es wäre am besten, wenn sie Dich Zeitlebens einsperrten, dann könntest Du nicht mehr Schnaps trinken". Der Gedanke daran beschäftigte ihn Stunden lang vor der That, während er durchaus nüchtern war. Da kommt ihm der Gedanke: das Haus anzustecken, um in's Zuchthaus zu kommen; er legt sofort Feuer auf dem Boden an; kommt in die Werkstätte zurück, wo ihn die Mitgesellen noch im benommenen Zustand sehen; er wollte Petroleum auf die Lampe giessen, da er „nichts sehen könnte" (es war Mittag), nahm Streichhölzer hervor und sagte: „Jetzt stecke ich die Bude an" (es brannte schon); unmittelbar danach unter den Augen der Mitgesellen ausgebildeter epileptischer Anfall. Nach demselben geht er in seine Wohnung, verlangt sein Mittagessen; während des Essens schlagen die Flammen aus dem Haus, und nun erst kommt ihm zum Bewusstsein, dass er das Haus angesteckt hat. Er stellt sich der Polizei. Noch 2 Tage Benommenheit, doch im Wesentlichen richtige Angaben über die Einzelheiten der Handlung. In der Untersuchungshaft im Uebrigen ungestörtes Verhalten. Auf Grund des Gutachtens des Geh. Rath Lewin ausser Verfolgung gesetzt, weil er die That in einem Zustand präepileptischen Irreseins begangen.

Es werden noch einige andere, nicht forensische Fälle berichtet.

Hadlich.

Aus der Sitzung der „Royal medical and chirurgical society" zu London vom 8. April 1884. (Brit. med. Journ. 1884. April 19. p. 762.)

Harley besprach zunächst einen typischen Fall von Myxoedem bei einer Nichtgeisteskranken, indem er die allgemeine Vermehrung des Bindegewebes und die spätere schleimige Degeneration desselben von einer Erkrankung der Ganglien des grossen Sympathicus abhängig machte. Die letztere war freilich auch ihrerseits nur eine secundäre Affection gewesen im Anschluss an eine primäre Pleuropneumonie, die durch ihre zurückbleibenden Schwarten die Retropleuralganglien in Mitleidenschaft gezogen hätte. In der lebhaften Discusion, die diesen Ausführungen folgte, wies nun Ord auf das häufige Vorkommen des Myxoedems bei Geisteskranken hin und constatirte dann, dass vielfach eine Atrophie des Gland. thyreoid. als Ursache angesehen wurde; früher habe man auch Nierenerkrankungen und sogar Cretinismus zur Erklärung herangezogen. Ralfe schloss aus der schon von Clark hervorgehobenen Thatsache der verminderten Harn- und Harnstoffausscheidung wieder auf einen Degenerationsvorgang; gegen die Auffassung, das sympathische Nervensystem sei erkrankt, wies er auf die Herabsetzung der arteriellen Spannung hin, die aus der verminderten Urinsecretion zu folgern sei und die mit jener Annahme im Widerspruch stände. Er selbst halte das Myxoedem für das Resultat einer Rückbildung des vorhandenen Bindegewebes auf eine embryonale Stufe.

Die Frage nach der wahren Natur des Myxoedems erscheint hiernach noch völlig unentschieden.

Sommer.

IV. Congresso della società freniatrica italiana zu Voghera. (Rivist. speriment. di Freniatr. 1884. X p. 72, — Vgl. auch Nr. 8 dies. Ctbl. S. 190.)

Aus den Vorträgen, welche auf dem Congress der ital. Irrenärzte zu Voghera 1883 gehalten worden sind, mögen noch die folgenden hervorgehoben werden.

Bianchi glaubt, dass in den Prodromalstadien der allgemeinen Paralyse die

sogen. Sehnenreflexe bedeutend gesteigert sind, um dann allmählich weniger deutlich zu werden und zuletzt ganz zu schwinden. Von 26 Paralytikern boten daher bei ihrem Eintritt in die Irrenanstalt 15 eine Steigerung und nur 2 den Verlust des Westphal'schen Zeichens; im späteren Verlauf aber waren die entsprechenden Zahlen 10 und 9. Er bezieht übrigens die anfängliche Steigerung des Kniephänomens nicht auf die beginnende Erkrankung der Hinterstränge des Rückenmarkes, sondern die entzündliche Reizung der motorischen Hirnrinde bewirke sie.

Seppilli bespricht seine Blutuntersuchungen bei 200 Irren (106 Männer, 94 Frauen). Sowohl die Zahl der rothen Blutkörperchen, als auch der Hämoglobingehalt ist in den primären Stadien aller Psychosen sehr häufig herabgesetzt. Bei Frauen ist die Einbusse gewöhnlich eine bedeutendere als bei Männern. Erregungszustände bieten häufiger als Depressionszustände das normale Verhalten des Blutes dar.

Tambroni hat als Mittel von 4000 Messungen für die Temperatur der Irren 37,12° gefunden, doch glaubt er annehmen zu können, dass je nach Geschlecht und nach der Form der betreffenden Psychose regelmässige Abweichungen von jener Durchschnittstemperatur zu erwarten seien. Wenn man die einzelnen Formen der Geistesstörung nach fallenden Mitteltemperaturen ordnet, so ergiebt sich folgende Reihe: postepileptisches Irresein, Manie, Idiotie und Imbecillität, Melancholie, Pellagra, Paralyse und Stupor. Innerhalb derselben Krankheitsform haben Männer eine etwas höhere Temperatur als Frauen. Die Abendtemperatur ist regelmässig um $^1/_4$ Grad höher als die des Morgens. Ausserdem folgt die Temperatur aller Irren in gewissem Graden der Schwankungen der meteorologischen Wärme. Endlich soll der Fieberverlauf bei acuten Erkrankungen der Irren ganz identisch sein mit dem bei Geistesgesunden, auch was die absolute Höhe der Körperwärme betrifft.

Gonzales und Verga besprechen eine grosse apoplectische Cyste im mittleren Drittel des motorischen Rindenbezirks der linken Hemisphäre, ohne dass in den letzten Lebensjahren der betreffenden Patienten, solange er nämlich wegen secundärer Demenz unter ärztlicher Beobachtung war, irgend eine Störung der Motilität bestanden hätte.

Merkwürdig ist ferner die Mittheilung Solivetti's über die Heilung hysterischer Convulsionen durch Entziehung der im Körper der Patientin abnorm aufgespeicherten Electricität, durch Verbindung des positiven Conductors einer Reibungselectrisirmaschine mit dem Rücken der isolirten Kranken. Die ausführlicher mitgetheilte Theorie über ein „elektrotonisches Centrum" in der Medulla oblongata bedarf wohl noch der weiteren Bestätigung.

Funajoli lässt bei Besprechung eines zweifelhaften Falles von moralischem Irresein die Diagnose des letzteren nur gelten, wenn der originäre Charakter des ganzen Zustandes, wenn das Fehlen jedes moralischen Gefühles und wenn die Impulsivität und die Verkehrtheit aller Handlungen des Patienten nachgewiessen ist. (Am besten dürfte es wohl sein, den Begriff „moral insanity" ganz zu vergessen.)

Tamburini theilt sodann seine Erfahrungen über einige neuere Narcotica mit. In Uebereinstimmung mit den Erfahrungen deutscher Irrenärzte hält er das Acetal oder richtiger Diaethylacetal durchaus nicht für einen Ersatz des Chlorals: auch das Napellin kann in keiner Hinsicht dem Morphin gleichgestellt werden. Günstiger hingegen betrachtet er das Paraldehyd, das er dem Chloral substituiren würde, sobald das Letztere seine Wirksamkeit zu verlieren beginnt oder aus somatischen Gründen contraindicirt scheint. Riggi spricht sich ebenfalls zu Gunsten des Paraldehyds aus.

Von den übrigen Vorträgen ist bereits oder wird erst, wenn die Arbeiten in extenso vorliegen, ein Referat an anderer Stelle dieses Centralblattes gegeben werden; so findet sich Maccabruni's Vortrag bereits l. c. S. 39 und der Tonnini's ibid. S. 106 angezeigt.

Sommer.

IV. Personalien.

Herr Dr. Bechterew hat die Professur für Psychiatrie in Kasan als Nachfolger Freses erhalten.

Am 1. December a. c. geht die bisher von Herrn Dr. Lehmann in Pirna geleitete wohlbekannte Privatheilanstalt für Gehirn- und Nervenkranke in die Hände des Herrn Dr. Pierson, Dresden, über. Herr Dr. Pierson ist zwar vorzugsweise durch seine neuropathologischen Arbeiten bekannt geworden, hat aber früher als Assistent an verschiedenen Irrenanstalten, wie durch seine jetzige Stellung in Dresden reichlich Gelegenheit gehabt, auch der Psychiatrie seine Aufmerksamkeit zuzuwenden und Erfahrungen zu sammeln.

In Marseille starb am 16. October d. J. Dr. Sauze im Alter von 57 Jahren, der durch eine Reihe wissenschaftlicher Arbeiten, besonders über die progressive Paralyse der Irren, auch ausserhalb seines Vaterlandes bekannt geworden war.

Vacante Stellen. Brandenburgische Provinzialirrenanstalt Eberswalde bei Berlin:

erster Hülfsarzt 1500 Mark, freie Station;

zweiter Hülfsarzt 1200 Mark, freie Station;

Januar 1885 zu besetzen. Meldung an Geheimen Sanitätsrath Dr. Zinn, Eberswalde.

V. Vermischtes.

Zur Bedeutung der feuchten Schnauze der mit feinem Geruchssinn ausgestatteten Säuger. Exner (Ztschr. f. wissenschaftl. Zoologie. 40. 3. S. 557) sieht in dem weichen Flechtwerk markloser Nervenfasern, welches sich im Epithel der Rinderschnauze findet, wesentlich ein Organ des Temperatursinns, welches mittelbar dazu dient, die Richtung, aus welcher ein Geruch kommt, zu erkennen. Es ist klar, dass einem mit der Nase Beute suchenden oder einem den Feind witternden Thiere sein vortrefflicher Geruchssinn in den meisten Fällen nichts nützen würde, wenn es nicht ein ähnlich feines Organ hätte, das ihm gestattet, die Richtung, aus welcher die mit dem Riechstoff geschwängerte Luft kommt, richtig zu beurtheilen. Ein Volksmittel, bei sehr geringer Luftbewegung die Richtung derselben zu erkennen, besteht darin, dass der Finger feucht gemacht und dann frei in die Luft gehalten wird. Die Seite, auf welcher man ihn kühl werden fühlt, zeigt die Windrichtung an. Es ist nicht zu verkennen, dass die feuchte Schnauze der Wiederkäuer, Hunde etc. durch den grossen Reichthum an Drüsen einerseits und an bis hart an die Oberfläche reichenden Epithelnerven andererseits in hohem Grade geeignet ist, dem Thiere das in vollkommenerem Grade zu leisten, wozu uns der befeuchtete Finger dienen kann und so mittelst einer von der Schnelligkeit der Verdunstung abhängigen Temperaturempfindung eine Richtungswahrnehmung zu vermitteln.

Merkel hält gewisse marklose Nerven für Temperaturnerven. M.

In Manchester erscheint seit dem 1. October d. J. ein neues medicinisches Journal: The Medical Chronicle. A Monthly Record of the Progress of the Medical Sciences. In dem vorliegenden Heft ist der neuropathologische Theil von James Ross, der elektrotherapeutische Theil von Dixon-Mann referirt und diese Namen bürgen für die Güte und die Zweckmässigkeit der ausgewählten Referate. M.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Prof. Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Uebersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Professor Dr. E. Mendel

zu Berlin.

Dritter Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 15 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1884. 15. December. No. 24.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** Mittheilung, die angebliche Abwesenheit der Vierhügeltheilung bei Reptilien betreffend, von **Spitzka.**

II. Referate. Experimentelle Physiologie. 1. Ueber die Sensibilität der vorderen Rückenmarksstränge bei den Fröschen von **Schiff.** 2. Note relative à l'action physiologique de la paraldéhyde par **Prevost.** — Pathologie des Nervensystems. 3. Considérations sur l'agraphie à propos d'une observation nouvelle d'agraphie motrice pure par **Pitres.** 4. Contribution à l'étude des scléroses médullaires d'origine vasculaire par **Demange.** 5. Die Neurasthenie und Hysterie von **Richter.** 6. Zur Behandlung schwerer Formen von Hysterie und Neurasthenie von **Burkart.** 7. The relations of hysteric with the scrofulous and the tubercular diathesis by **Grasset.** 8. Ueber Hysterie bei Kindern von **Schäfer.** 9. Die infantile Hysterie von **Weiss.** 10. The anatomical and physiological basis of the kinesioneuroses of infancy and childhood by **Peckham.** 11. Zur Casuistik der Hysterie im Kindesalter von **Köbner.** 12. Om Hysteri hos Börn af **Langgaard.** 13. Ueber Hysterie beim männlichen Geschlecht von **Mendel.** 14. Note pour servir à l'histoire du transfert cflez les hypnotiques par **Féré** et **Binet.** 15. Sur le somnambulisme partiel par **Féré** et **Binet.** 16. Contribution à l'étude des ecchymoses sous-cutanées d'origine nerveuse par **Keller.** 17. Nevrose électrique par **Féré.** 18. Note sur un cas de rage humaine par **de Beurmann.** — Psychiatrie. 19. Case of insanity after head-injury by **Rayner.** 20. Amelioration of paretic dementia after extensive sloughs by **Burr.** 21. Ueber sporadische psychische Ansteckung von **Knittel.** — Therapie. 22. Facial neuralgia treated by nerve vibration by **Neale.**

III. Personalien.

Register.

I. Originalmittheilungen.

Mittheilung, die angebliche Abwesenheit der Vierhügeltheilung bei Reptilien betreffend.

Von Dr. **E. C. Spitzka.**

In einem Referat über die neuere Arbeit LUSSANA's (Neurol. Ctrlbl. 1884. Nr. 18. S. 147) wird die Behauptung dieses Autors, dass „nur die Boa und merkwürdiger Weise unter den Fischen allein der Aal die säugethierähnliche Quadruplicität der Corpora quadrigemina aufweisen", ohne irgend welchen Commentar acceptirt. In dieser Fassung ist die obige Behauptung ungenau, und die Folgerung, dass die Corpora quadrigemina wegen der Abwesenheit der Querfurche

bei den gewöhnlichen Reptilien durch die zwei Lobi optici bei diesen Thieren vertreten sind, schon vor Jahren von mir als falsch erwiesen worden. Da die bezüglichen Mittheilungen mehreren deutschen Collegen unbekannt geblieben zu sein scheinen, will ich in aller Kürze das Hauptsächliche, die einschlägigen Fragen betreffend, hier anführen.

1) Die Thatsache, dass die Boa die Vierhügeltheilung zeigt, ist eine altbekannte; schon Solly's veraltetes Werk[1] enthält eine gute Abbildung des Boa-Gehirnes, welche die erwähnte Eigenthümlichkeit in klarer Weise darstellt. Ich habe dieses an vier Boa-Gehirnen constatirt und als eine bekannte Thatsache angegeben.

2) Beim Sheltopuzik (Pseudopus) ist eine schwächere Andeutung der Viertheilung bei manchen Exemplaren zu sehen.

3) Die Reptilien mit entwickelten Gliedmaassen besitzen entgegen der allgemeinen Annahme das Ganglion des hinteren Vierhügelpaares und zwar bei Cheloniern und kleineren Eidechsen versteckt, bei Alligator als schwache und bei Iguana als mächtige Hervorragung. Es ist also unrichtig, den Riesenschlangen allein die Viertheilung zuzusprechen. Die Hervorragung des hinteren Paares blieb früheren Beobachtern unbekannt, da (besonders bei Iguana) das Kleinhirn nach vorne umgeschlagen die Theile verdeckt, und oft bis zur Mitte des Mittelhirnes mit denselben durch die weichen Häute fest verwachsen ist.

4) Das Verhalten der hinteren Hügel bei Alligator und Iguana ist dem des Menschen und der Säugethiere viel ähnlicher, als das bei Boa vorgefundene. Bei Boa scheint die Theilung einer wirklichen Kreuztheilung zu entsprechen. Bei Säugern dagegen stellen die Hinterhügel ein von hinten, unten und seitlich angewachsenes Aggregat der Vorderhügel dar. Besonders klar sieht man es beim Embryo, dass die Mittelhirnblase sich nicht, wie es die bestehende Annahme will, erst durch einen sagittalen Einschnitt in zwei, und dann durch einen diesen kreuzenden Querschnitt in vier Hügel theilt, sondern sie bleibt in zwei Hügel getheilt; an jedem dieser Hügel bildet sich hinten eine Wulstung, die sich durch eine deutlicher werdende Furche abgrenzt, und schliesslich mit jener der entgegengesetzten Seite sich verbindet; dieses sind die Hinterhügel; dieselben entstehen also nicht „rein" aus der Mittelhirnblase, sondern durch Wachsthum eines compacten Ganglions, welches aus dem Grenzgebiet des Mittel- und Nachhirns entsteht, und eher letzterem als ersterem zuzutheilen wäre. Genau dasselbe kann man bei Vergleichung einer Reihe von Reptiliengehirnen, die mit Chelonia anfängt und mit Iguana aufhört, sehen.

5) Die Lobi optici der Saurier entsprechen allein den Vorderhügeln des Menschen und der Säuger. Durchgängig findet man, dass die Lobi optici mit dem Sehnerven direct zusammenhängen, und eine wahre Rindenstructur zeigen. Die Lobi postoptici — wie gesagt als wirkliche Hervorragung bei Iguana und in versteckter Form bei vielen Reptilien — haben genau wie die Hinterhügel des Menschen und der Säuger, niemals eine Rindenstructur, sondern sind compacte

[1] The Human Brain. London.

Ganglien mit in molecularer Masse, eingestreuten kleinen Zellen. Sie haben — wenigstens keinen directen — Zusammenhang mit dem Sehnerven.

6) Vorder- und Hinterhügel des Menschen sind ganz verschiedene Ganglien, wie dies aus physiologischen und histologischen Gründen schon von Gudden und Forel nachgewiesen ist. Ihre äussere Aehnlichkeit ist eine anatomische Accidenz, und vom physiologischen Standpunkte betrachtet ein Trugbild. Ontogenetisch ist nachweisbar, dass sie aus verschiedenen Anlagen entstehen, nämlich: die Vorderhügel aus der ursprünglich einfachen Mittelhirnblase, die Hinterhügel als später angelegte paarige feste Massen. Phylogenetisch — durch Vergleichen mit Reptilien ist ihre ursprüngliche Verschiedenheit noch klarer festgestellt.

7) Die Hinterganglien sind in ähnlicher Ausbildung und tief versteckt wie bei Sauriern auch bei Vögeln (Struthio u. a.) zu finden, nur sind sie mehr in die Mittelhirngegend hineingezwängt. Sie behalten aber im Ganzen ihre typische Stellung bei und machen die Ventraldrehung der wahren Lobi optici kaum mit.

8) Bei Iguana, allein von allen untersuchten Thieren, findet sich ein drittes Ganglienpaar als kugelige Hervorwölbungen. Es sind also bei diesem Thiere sechs Hügel vorhanden. Dieses Ganglienpaar ist in mehreren Schriften[1] von mir beschrieben worden und als Lobi interoptici — eine Benennung, welche von dem vergleichenden Anatomen Wilder[2] angenommen worden ist — bezeichnet. Diese Körper bilden zwei schön ausgeprägte Markkügelchen, die vollkommen sphärisch wie die Corpp. mammil. mit blos einem geringen Theil ihrer Peripherie aufsitzen. Sie sind gewissermaassen in die Vertiefung des idealen Kreuzungspunktes, der Furche, welche die Lobi optici und jener, welche diese wiederum von den Lobi postoptici trennt, eingelassen. Ihre Convexität ist so bedeutend, dass sie das darüberliegende Kleinhirnblatt in sich selbst ähnelnde Erhöhungen emporwölben.

Nachdem ich diese Körper entdeckte, fand ich zu meiner Ueberraschung, dass dieselben eine Oberflächenentwickelung eines den meisten mir zur Verfügung stehenden Reptilien gemeinsamen versteckten Ganglions darstellten. Auf Querschnitten konnte ich feststellen, dass die Lobi interoptici, aus einer umkapselten Ganglienmasse bestehend, sich aus dem Centralhöhlengrau des Mittelhirnventrikels („Mesocoelia" Wilder) entwickeln und mit den tiefen Markfasern der Lobi optici zusammenhängen. Bei Schildkröten (Nannemys Guttata und Chelydra serpentina) fand ich dasselbe Ganglion im Centralhöhlengrau und konnte es über die hintere Peripherie des Mittelhirns, wie bei Iguana, verfolgen, nur dass es nicht solche Hervorragungen bildete. Obgleich meine Untersuchungen über diesen Gegenstand in Folge anderer Beschäftigung ihren Abschluss nicht

---

[1] A new Homologization of the Corpora quadrigemina. N. Y. Medical Record 1880. The Brain of the Iguana. Journal of nervous and mental diseases. 1880. Architecture and Mechanism of the Brain. Journ. of nerv. and mental diseases. 1879. July.

[2] A partial revision of anatomical nomenclature with special reference to that of the brain. Science. II. 1881. Anatomical Technology by Wilder and Gage. New York 1882.

gefunden haben, glaube ich Solchen, die dieselben aufnehmen, auf die Beutler verweisen zu sollen, wo das erwähnte Ganglienpaar, wie in einem unvollkommenen Präparat, als verkümmerte Molecularmasse vertreten zu sein schien.

9) Als Curiosum möge erwähnt werden, dass bei Pteropus (Fliegender Hund) das vordere Paar der Vierhügel eine deutliche Quertheilung zeigt: Diese Theilung ist oberflächlich, dennoch könnte man bei diesem Thier allein von allen untersuchten Formen sagen, dass bei demselben die Zweihügel des Reptils durch „Vierhügel" vertreten seien, da ausserdem die Lobi postoptici noch vorhanden sind. Ich habe leider diese Thatsache blos am gehärteten Gehirn constatirt.

10) Bei unserer mangelhaften Kenntniss der Homologien des Fischhirnes wäre es entschieden sehr gewagt, von dem scheinbaren Vorhandensein der Vierhügel beim Aale diese ohne Weiteres als die wirklichen Vierhügel zu betrachten, oder gar kühne Schlüsse aus der Thatsache ziehen zu wollen, dass bei Fischen und Reptilien gerade die schlangenförmigen gemeinsam solche allein besitzen. Beim elektrischen Aal sind zum Beispiel ganz merkwürdige und unverständliche Verhältnisse zu sehen. Hier hebt sich aus einem seitlichen dicken Nervenstamm ein Wulst, der, rhomboidal geknickt, mit seinem kleineren Theil die Decke des vierten Ventrikels umrahmt, und mit dem grösseren die ganze Nach-, Mittel- und Zwischenhirngegend überwuchert, als habe man einen Guss über ein gewöhnliches Fischhirn gemacht und dadurch dessen typische Erhöhungen verwischt.

11) Es ist nach Obigem klar, dass bei allen Amnioten die Ganglien des Vorder- und Hinterpaares vertreten sind. Die Ganglien des vorderen Paares sind wahre Rindenausbreitungen und Derivate der Mittelhirnblase. Die hinteren sind klumpige Ganglien und an das wahre Mittelhirn hinten und seitlich angewachsen. Die Vorderganglien sind immer sichtbare Hervorragungen, bei Reptilien und Vögeln als Lobi optici, bei Säugern als vorderes Paar der Vierhügel sichtbar. Die Hinterganglien sind bei den meisten Reptilien und bei Vögeln versteckt, bei Alligator und Pseudopus schwach, bei Boa und Iguana stärker angedeutet. Im Allgemeinen nimmt ihr Wachsthum in der aufsteigenden Entwickelungsreihe im Gegensatz zu den vorderen Ganglien zu, so dass sie bei Säugern eine bedeutendere Grösse als bei Reptilien zeigen. Bei Säugern rücken sie näher und näher zusammen; während sie bei Fleischfressern noch als getrennte Höcker je an einen Vorderhügel angehängt erscheinen, rücken sie bei Affen, Menschen und Wiederkäuern näher zusammen, bis sie durch Zusammentreffen eine Furche als Verlängerung derjenigen, welche die Vorderhügel trennt, erzeugen. Ausser diesen beiden Ganglien, ist ein drittes Ganglienpaar bei Reptilien vorhanden, welches eine Entwickelung des Centralorgans des Mittelhirns darstellt, und bei Iguana äusserlich hervorspringt, so dass dieses Thier nicht nur die zwei Paare des Säugerhirnes, sondern drei Paare besitzt.

II. Referate.

Experimentelle Physiologie.

1) **Ueber die Sensibilität der vorderen Rückenmarksstränge bei den Fröschen** von M. Schiff. (Arch. des sciences phys. et naturelles. 1884. XI.)

Die Vorderstränge der Säugethiere besitzen einen ziemlich erheblichen Grad von Sensibilität (Magendie, Schiff) durch Fasern, die von den hinteren Wurzeln durch die vorderen (welche dadurch Sensibilität erhalten) zu den Vordersträngen gelangen; nach Durchschneidung der vorderen Wurzeln verschwindet darum die Sensibilität der Vorderstränge.

Bei den Fröschen sind die vorderen Wurzeln unzweifelhaft insensibel. Zu seiner Ueberraschung fand Sch. nun aber, dass die Vorderstränge bei den Fröschen Sensibilität besitzen, denn nach Zerstörung des Gehirns und Abschneidung aller Wurzeln der unteren Hälfte des Rückenmarkes löste die wohl isolirte directe Reizung des Vorderstranges am Schwanzende des Rückenmarkes Bewegungen der vorderen Extremitäten aus, d. h. es existirt eine centripetale Leitung in den Vordersträngen, wahrscheinlich mittelst Fasern, die aus dem Innern des Rückenmarkes zu jenen gelangen. — In den Seitensträngen des Frosches sind bisher keine Spuren von Sensibilität zu finden gewesen. Hadlich.

---

2) **Note relative à l'action physiologique de la paraldéhyde** par J.-L. Prevost. (Rev. méd. de la Suisse rom. 1884. 10.)

Verf. hat einerseits an Fröschen, andererseits an Kaninchen, Meerschweinchen, Ratten und Katzen Experimente mit dem Paraldehyd gemacht und in allen Punkten die Angaben von Cervello u. A. bestätigt; namentlich betont auch er, dass der Paraldehyd wohl eine respiratorische Lähmung herbeiführt, das Herz aber verschont, das erst im letzten Stadium der eingetretenen Asphyxie, unter Erweiterung der vorher verengten Pupillen, aufhört zu schlagen. In Betreff der Reflexe fand P., dass der Patellarreflex erst sehr spät erlischt und zwar erst, wenn bereits unmittelbare Lebensgefahr eingetreten ist. Der sog. Larynxreflex (aufsteigende Bewegung des Larynx, als Schluckbewegung, bei Reizung des centralen Endes des N. laryng. sup.) erlischt viel früher, meist schon vor Erlöschen der Sensibilität der Cornea. — P. hebt den grossen Unterschied des Paraldehyd gegenüber Chloral und Chloroform hervor, weil letztere Herzgifte sind; er hält jenen deshalb als Hypnoticum für werthvoll, wenn auch für unbrauchbar als chirurgisches Anästheticum. Hadlich.

Pathologie des Nervensystems.

3) **Considérations sur l'agraphie à propos d'une observation nouvelle d'agraphie motrice pure** par le Dr. A. Pitres. (Revue de médecine. 1884. Novembre p. 855.)

Die Arbeit enthält ausser einigen allgemeinen Erörterungen, die nichts wesentlich Neues bringen, eine interessante eigene Beobachtung des Verf. über einen Fall von motorischer Agraphie. Dieselbe betrifft einen 31jährigen Kaufmann, welcher 10 Jahre nach einer syphilitischen Affection plötzlich von Bewusstseinsverlust und einer rechtsseitigen Hemiplegie befallen wurde. Unter einer sehr energischen Schmierkur (2mal täglich 10 grm graue Salbe) besserten sich die hemiplegischen Erscheinungen fast vollständig. Es blieb nur eine leichte Steifigkeit des rechten Beines und Armes

mit gesteigerten Sehnenreflexen nach. Die Sensibilität, speciell der Muskelsinn, war vollkommen normal. Die Sprache zeigte nicht die geringsten Störungen. Patient sprach ohne jedes Zögern deutlich und vollkommen richtig, konnte Gedrucktes und Geschriebenes ohne Mühe und mit vollem Verständniss lesen. Die einzig nachbleibenden Störungen waren eine rechtsseitige Hemianopsie und eine vollständige motorische Agraphie. Sollte Pat. irgend ein dictirtes Wort schreiben, so war er nicht im Stande, auch nur einen einzigen Buchstaben zu Papier zu bringen. Er nannte die einzelnen vorkommenden Buchstaben vollständig richtig, konnte sie aber nicht aufschreiben. Schrieb man ihm das Wort vor, so konnte er es freilich nachschreiben, aber indem er langsam Buchstabe für Buchstabe copirte. Ein gedrucktes Wort konnte er daher auch nur in der Form der gedruckten Lettern nachschreiben. Das Schreiben von Zahlen verhielt sich genau ebenso. Eine Aenderung des Zustandes trat im Verlauf des nächsten halben Jahres nicht ein. — Der mitgetheilte Fall gehört zur reinen motorischen Agraphie. Verf. unterscheidet ausserdem die Agraphie in Folge von Wortblindheit, bei welcher der Kranke zwar aus eigenem Antrieb und nach einem Dictat schreiben, aber nichts Geschriebenes oder Gedrucktes nachschreiben kann, und endlich die Agraphie in Folge von Worttaubheit, bei welcher der Kranke von selbst und auch nach einer Vorschrift schreiben kann, während ihm Dictatschreiben vollständig unmöglich ist. Strümpell.

---

4) Contribution à l'étude des scléroses médullaires d'origine vasculaire par le Dr. Émile Demange. (Revue de médecine. 1884. Octobre p. 753.)

Bei einer 75jähr. Frau, welche etwa ein Jahr lang vor ihrem Tode an Lähmung der Beine und an Blasenbeschwerden gelitten hatte, ergab die Section ein starkes allgemeines Arterienatherom. Im Rückenmark zeigte sich bei der mikroskopischen Untersuchung eine ziemlich regellos in den Hinter- und Seitensträngen sich ausbreitende Sklerose, welche anscheinend überall von der Umgebung der Gefässe ausging. Die verdickten Wandungen der letzteren geben die Centra ab, von welchen aus das reichlich vermehrte Bindegewebe in die Umgebung ausstrahlte. Verf. schliesst hieraus, dass es eine Form der „interstitiellen Myelitis" giebt, welche vasculären Ursprungs ist. Diese Form beginnt mit einer Endo-Periarteriitis der Rückenmarksgefässe. Die Gesammtausbreitung der Affection erhält hierdurch einen diffusen, keinen systematischen Charakter. Das klinische Krankheitsbild kann sehr verschieden sein, bald ist es der Lateralsklerose ähnlich, bald der combinirten Strangerkrankung etc. Als Ursache der Erkrankung ist zuweilen die Syphilis anzusehen; in anderen Fällen, wie in dem mitgetheilten, ist die Krankheit nur eine Theilerscheinung des allgemeinen Arterienatheroms. Strümpell.

---

5) Die Neurasthenie und Hysterie von Dr. F. Richter in Sonneberg. (Deutsche Med. Ztg. 1884. Sep.-Abdr.)

Verf. behandelt sein Thema vom Standpunkte des praktischen Arztes und für die Bedürfnisse der Praxis. Wir wollen deshalb nicht mit ihm rechten, wenn er Neurasthenie, Hypochondrie und Hysterie in einen Topf wirft, als „nach ihrem Wesen vollständig zusammengehörig", obgleich diese „Zusammengehörigkeit" doch wohl nur in unserer Unkenntniss ihres Wesens besteht. Etwas schlimmer ist schon der öfter vorkommende Ausdruck „psychosenartige Form der Hysterie, psychosenartige Affection" etc. — Sehen wir aber von derartigen Verstössen gegen strengere wissenschaftliche Forderungen ab, so können wir mancherlei Gutes von der Schrift sagen, die eine ausführliche Berücksichtigung der Symptome giebt, und namentlich einen maassvollen, verständigen therapeutischen Standpunkt einnimmt. Wenn Verf. der

psychischen Behandlung eine ziemlich grosse Bedeutung beimisst (dadurch erreichte Sistirung von Krämpfen etc.), so erklärt sich dies vielleicht daraus, dass Verf. auf die Trennung simulirter Vorkommnisse von wirklichen neuropathischen Zuständen nicht das erforderliche Gewicht — in dieser Schrift wenigstens — zu legen scheint.

Hadlich.

---

6) Zur Behandlung schwerer Formen von Hysterie und Neurasthenie von R. Burkart. (Volkmann's Sammlung klin. Vorträge. 245.)

B. bespricht das vom amerikanischen Arzte Weir Mitchell inaugurirte, von Playfair zuerst in Europa eingeführte Verfahren, welches darin besteht, bei absoluter geistiger Ruhe und Ausschluss aller activen körperlichen Bewegung die Nahrungszufuhr enorm zu steigern, während die Assimilation zur Kräftigung der Gewebe durch ausgiebige Massage und Faradisation der Musculatur ermöglicht werden soll, um so in wenigen Wochen den allgemeinen Kräftezustand, die Ernährungsverhältnisse, speciell des Nervengewebes zu bessern, vorab Blut und Fett reichlich neu zu bilden. In Deutschland scheint trotz der Erfolge Mitchell's und Playfair's das Verfahren keine Nachahmer gefunden zu haben, nur Binswanger rühmt die Trefflichkeit bei Erschöpfungsneurosen.

Als Grundbedingung stellt B. bei Einleitung der Kur die Entfernung der Kranken aus ihrer bisherigen Atmosphäre hin, die Kranken sollen stets mit einer dem Arzte ergebenen Pflegeperson fern von Hause isolirt, jeder geistigen Erregung ferngehalten sein, nur bei störenden Neurosen (Schreikrämpfen etc.) hält B. den Aufenthalt im Spital für nöthig. Als Hauptaugenmerk hat der Arzt den Pat. immer wieder einzuschärfen, dass sie möglichst schnell an Körpergewicht bedeutend zunehmen; das Verfahren ist eine Allgemeinbehandlung ohne grosse Rücksicht auf etwa bestehende locale Störungen, Essen, Trinken, Verdauen sind die Cardinalfragen während der Kur.

Zunächst wird Milchdiät mit täglicher Steigerung der Portionen verordnet, wobei aber die Milch möglichst langsam — schluckweise genossen wird, auch muss die Qualität der Milch und eventuelle Zusätze berücksichtigt werden. Möglichst bald giebt man ausser Milch noch Zwieback, danach auch gemischte Kost, deren Zufuhr man schnell bis auf wirklich enorme Mengen in vielfachen Mahlzeiten steigert, während die am 3.—5. Tage begonnene Massage aller Körpertheile bis auf 2mal täglich $1^1/_2$ Stunden gedehnt wird.

Als Unterstützungsmittel der Massage dient die Faradisation der gesammten Musculatur mit Ausdehnung der Sitzungsdauer. Innerhalb 6—9 Wochen muss die Kur beendet sein, in der 3. Woche aber soll die günstige Wirkung evident werden.

Allmählich ersetzt man die Massage durch tägliche Gehübungen, während die gesteigerte Nahrungszufuhr so spät wie möglich beschränkt wird.

Anwendung findet das Verfahren bei Hysterie und Neurasthenia spinalis, bei Neurasthenia cerebralis dagegen sah B. in Erregungszuständen in Bezug auf psychische Functionen eine Contraindication, dagegen leistet es Vorzügliches bei Neurasthenie mit Hypochondrie.

Bei schon vor der Kur bestehender Fettleibigkeit empfiehlt Mitchell zuerst bei Milchdiät Bettruhe unter Gebrauch von Massage und Faradisation eine Verminderung des Gewichts zu erstreben, um hinterher wieder durch die Kur Gewichtszunahme zu erzielen.

Den Schluss bilden einige sehr prägnante Krankengeschichten. Zander.

---

7) The relations of hysteric with the scrofulous and the tubercular diathesis by J. Grasset. (Brain. 1884. January p. 433—460.)

Behufs Entscheidung der Frage über den Zusammenhang von Hysterie mit Tuberculose theilt Verf. das Beobachtungsmaterial zunächst in zwei Gruppen, je

nachdem die Hysterie die einzige Aeusserung der tuberculösen Diathese ist, oder, was einer in Aussicht gestellten Fortsetzung vorbehalten wird, die Hysterie mit Tuberculose complicirt ist.

Auf Grund von 25 mitgetheilten, im Original nachzulesenden Krankengeschichten ersterer Art, davon acht eigener Beobachtung, kommt Verf. zu dem Resultat, dass tuberculöse und scrophulöse Heredität häufiger bei der Hysterie eine Rolle spielen, als dies in der Regel angenommen wird. Dafür sprechen Familiengeschichten, dass beide Krankheiten gewissermaassen alterniren. Einmal ist von drei Schwestern eine phthisisch und die beiden andern hysterisch, während die Tochter der einen der letzteren wieder die klassischen Symptome der scrophulösen und tuberculösen Diathese darbietet. Ein anderes Mal hat von vier Kindern das eine eiternde Drüsen, ein zweites Lungenschwindsucht, ein drittes tuberculöse Meningitis, das vierte Hysterie.

E. Remak.

---

8) **Ueber Hysterie bei Kindern** von Schäfer. (Archiv für Kinderheilkunde. Bd. V. H. 3—10.)

Die vorliegende Arbeit schildert mit ziemlicher Ausführlichkeit die Erscheinungen, welche bei hysterischen Kindern zu Tage treten. Vorher wird kurz auf die ätiologischen Verhältnisse eingegangen, welche in prädisponirende und Gelegenheitsursachen getheilt werden; häufig fallen beide zusammen. Den Vorrang unter den Ersteren nimmt die Heredität ein; die Disposition kann ferner erworben werden durch falsche geistige und körperliche Erziehung; grossen Werth legt Verf. auf die Onanie (wohl kaum mit Recht. Ref.). Wichtig als determinirende Ursachen sind Erkrankungen und Abnormitäten des Urogenitalapparats (congenitale Phimose etc.) psychische Einwirkungen und schliesslich der Nachahmungstrieb.

Unter den Symptomen der Hysterie kommen Sensibilitätsstörungen im Kindesalter seltener zur Beobachtung; am häufigsten sind spontane Schmerzen neuralgischer Natur und die Hemicrania sympathico-tonica; auch Clavus hystericus und typische Neuralgien kommen zur Beobachtung. — Besondere Beachtung verdienen die Gelenkneurosen; auch rechnet Verf. gewisse Fälle der Enuresis nocturna et diurna in dieses Gebiet. — Auch Hyperästhesien, Anästhesien, Hemi- und Parästhesien wurden beobachtet.

In der motorischen Sphäre kommen bei der Hysterie allgemeine und partielle Krämpfe vor; auch Spasmus nutans wird hierher gerechnet. Ferner werden beobachtet der Globus hystericus, die Dysphasia spastica und die Ructus, häufiger noch das hysterische Erbrechen. Contracturen und Lähmungen werden ziemlich häufig angetroffen; letztere entwickeln sich meist rasch im Anschluss an hysterische Krampfanfälle oder heftige psychische Erregung.

Das Verhalten der elektro-musculären Erregbarkeit bleibt bei hysterischen Kindern gewöhnlich andauernd normal.

Lähmungen kommen am häufigsten vor am Oculomotorius und M. levator palpebrae superioris, die des Facialis und Hypoglossus sind dagegen äusserst selten. Ferner finden sich Lähmungen in verschiedener Form im Verdauungs- und Respirationstractus, der vasomotorischen Sphäre, sowie auch der Secretion und Excretion, besonders des Schweisses.

Das psychische Verhalten hysterischer Kinder ist bald mehr, bald weniger alterirt; doch gehört das Auftreten des hysterischen Irreseins im Kindesalter zu den grössten Seltenheiten. Typische hysterische Anfälle mit klonischen und tonischen Krämpfen sind mehrfach beschrieben.

Die Prognose gestaltet sich im Ganzen für das kindliche Alter günstiger, als für Erwachsene.

In Bezug auf die Therapie bietet die vorliegende Arbeit nichts Neues.

M. Cohn, Hamburg.

9) Die infantile Hysterie von J. Weiss. (Arch. f. Kinderh. Bd. V. H. 11 u. 12.)

Die vorliegende Arbeit liefert nichts wesentlich Neues zur Symptomatologie und Diagnostik der augenblicklich viel beschriebenen infantilen Hysterie. Für das Zustandekommen des Krankheitszustandes kann zuweilen bei prädisponirten Individuen der Schreck (besonders in Verbindung mit einem Fall) in Anspruch genommen werden, wofür Verf. einen selbst beobachteten Fall anführt. Als pathognomisch ist hervorzuheben, dass die hysterischen Störungen, welcher Art sie auch sein mögen, nicht nur functioneller Natur sind, sondern in ihrer Ausbreitung ein bestimmtes und abgegrenztes Functionsgebiet betreffen.

Der Verlauf der Hysterie gestaltet sich im Allgemeinen bei Kindern weniger protrahirt, als bei Erwachsenen.

Die Behandlung muss eine vorsichtige, wesentlich psychische sein; die energischen Mittel (besonders die anderweitig als erste Maassregel empfohlene Entfernung der Kinder aus dem Elternhause) soll man sich für den äussersten Nothfall aufsparen. Grosser Werth wird auf vernünftige, sich nicht ängstlich zeigende Umgebung und eventuellen Wechsel derselben gelegt. M. Cohn, Hamburg.

---

10) The anatomical and physiological basis of the kinesioneuroses of infancy and childhood by Dr. Peckham. (Journal of nerv. and ment. disease. 1884. July. p. 408.)

In dieser Abhandlung sucht die Verfasserin das häufige Vorkommen der Bewegungsneurosen, der Convulsionen, der Epilepsie und der Chorea gerade im kindlichen Alter theoretisch zu erklären, ohne indess etwas wesentlich Neues zu bringen, was zu einem ausführlicheren Referat berechtigte. Sommer.

---

11) Zur Casuistik der Hysterie im Kindesalter von Hugo Köbner, Breslau. (Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 35. S. 524.)

Ein 13jähr., aus gesunder Familie stammender Knabe erkrankte im September 1882 an einer Diarrhoe, an welche sich anscheinend sehr heftige Schmerzen im Epigastrium und in der linken Scheitelgegend anschlossen. Der Knabe wurde elend, der Schlaf war sehr schlecht; häufiger Harndrang stellte sich ein. Pat. lag fast andauernd zu Bett, konnte nur mühsam gehen. Die Wirbelsäule war gegen Druck empfindlich, die Sehnenreflexe gesteigert. Bald stellte sich eine deutliche Parese beider Beine ein und Ende October stellten sich äusserst heftige choreatische Zuckungen im Rumpf und den Extremitäten ein. Die Athmung war sehr frequent und oberflächlich, die Sprache in Folge der mangelhaften Respirationseintheilung gestört.

Da die Pflege des Knaben zu Hause grosse Schwierigkeiten machte, wurde er in eine Krankenanstalt gebracht: schon nach wenigen Tagen hörten die Zuckungen auf und auch der sonstige Zustand besserte sich sehr rasch. Anfang März 1883 kehrte der Knabe nach Hause zurück. Schon nach 14 Tagen traten aber wieder Anfälle von Bewusstlosigkeit auf, welche immer mehr einen „somnambulisten" (epileptoiden? Ref.) Charakter annahmen. Der Knabe, welcher für gewöhnlich sein Bett nicht verlassen konnte, zog plötzlich seine Kleider an, lief in's Nachbarzimmer oder auf den Hof, die Strasse u. dgl. Sein Gang im Anfall war schnell und behende, die Augen hielt er geöffnet, sein Blick war starr. Beim „Erwachen" fiel er oft hin und musste dann in's Bett getragen werden. In Bezug auf die Ereignisse während des Anfalls bestand völlige Amnesie. — Die Therapie bestand in Faradisirung, in Bädern mit kalten Uebergiessungen. Sie führte allmählich zu einer fast völligen Heilung. Die Anfälle verschwanden, und schon im Herbst 1883 konnte der Knabe wieder längere Strecken allein und ohne Mühe zurücklegen. Nur die Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule blieb auch später noch lange Zeit bestehen.

Strümpell.

12) **Om Hysteri hos Börn** af Chr. Langgaard. (Hosp.-Tidende 3. R. II. 38. 1884.)

Ein 7jähr., vollkommen gesundes und normal entwickeltes Mädchen ohne erbliche Disposition zu Nervenkrankheiten und geistig gut begabt, das keinen Umgang mit an irgend einer Nervenkrankheit leidenden Kindern gehabt, auch sich nicht mit Lernen übermässig angestrengt hatte, bekam am 12. Mai, als es am Tage vorher dem Gebahren eines betrunkenen Mädchens still und verwundert zugesehen hatte, klonische Zuckungen in Gesicht und Armen, die es in ähnlicher Weise bewegte, wie es die Betrunkene gemacht hatte. Ausserdem bestand beständige Agilität, das Sensorium war frei, die Sprache deutlich, nur hastig. Die Arme wurden beständig von klonischen Krämpfen in allen Gelenken, namentlich in den einzelnen Fingergelenken, bewegt, die Kranke konnte nicht still sitzen und den Blick nicht fest auf einen Gegenstand heften, sie kam leicht in Affect und weinte leicht, hörte aber bei Zureden auf; in der Nacht schlief sie ruhig ohne Spur von nervösen Zufällen. Nach einigen Tagen trat plötzlich Erschlaffung ein, die rasch in ausgesprochene Paresen aller 4 Extremitäten, besonders des rechten Arms, der Rücken- und Nackenmuskeln überging, dabei war Gefühl und Reflexerregbarkeit vermindert; die klonischen Krämpfe im Gesicht wiederholten sich dabei noch oft. Am 25. Mai stellten sich heftige Pharynxkrämpfe ein, die nach einigen Tagen wieder schwanden, ebenso schwanden auch am 28. Mai auftretende krampfhafte Hustenanfälle, sowie vollständige Aphonie, die sich am 30. eingestellt hatte, binnen wenigen Tagen wieder. Die Paresen aber blieben unverändert. Gedächtniss und Bewusstsein waren immer ungestört; während der ganzen Krankheit bestand grosse Empfindlichkeit gegen Druck in den Iliacalgegenden, die Pulsfrequenz war immer etwas erhöht. Irgend welche innere Leiden liessen sich nicht nachweisen. Faradisation, gegen welche die Reaction anfangs geschwächt war, führte rasch zu vollständiger Heilung. — Erscheinungen und Verlauf charakterisiren das Leiden als ein hysterisches. Das einzige nachweisbare ätiologische Moment war Nachahmung eigenthümlicher Geberden unter dem Einfluss des durch dieselben plötzlich hervorgerufenen starken Eindrucks auf die Phantasie. Zu bemerken ist hierbei, dass früher durchaus keine Neigung zu Nachahmung bestand. Simulation war mit Gewissheit auszuschliessen. Walter Berger.

13) **Ueber Hysterie beim männlichen Geschlecht** von E. Mendel. (Deutsche med. Woch. 1884. Nr. 16.)

Die Hysterie wird in ihren mildesten Formen bis zu den schwersten Attacken der sog. Hystero-Epilepsie beim Manne beobachtet. Es werden zwei Fälle berichtet, von denen der eine einen 10jährigen Knaben betrifft, der an Anfällen von Hystero-Epilepsie litt mit somnambulartigen Zuständen, Amaurose etc. Die Ueberführung in eine Anstalt für Nervenkranke brachte unmittelbare Heilung, nachdem die verschiedensten anderen Mittel vergeblich versucht waren.

Der zweite Fall betrifft einen Damenschneider von 32 Jahren, der an hysterischen Paraplegien, dann an den Erscheinungen einer spastischen Spinalparalyse, Arthralgie, hysterischem Husten, Clavus, Iliacalschmerz, Rückenschmerz gelitten hatte. Der Iliacalschmerz lässt sich übrigens bei den meisten hysterischen Männern, ebenso wie bei den Frauen nachweisen.

Die Hysterie ist bei Knaben am häufigsten in der Pubertätszeit, doch kommt sie auch in viel jüngeren Jahren vor; nicht selten ist sie bei Studenten. Die männliche Hysterie wird häufig mit Hypochondrie verwechselt; es giebt hier vielfache Uebergänge und Mischformen. Die Prognose ist immer in Bezug auf völlige Heilung zweifelhaft; die männliche Hysterie scheint ein schwereres Leiden, als die bei der Frau zu sein. Bei der Behandlung ist das Wichtigste die Entfernung aus dem Hause, Versetzung in eine entsprechende Anstalt oder Pension. H.

14) **Note pour servir à l'histoire du transfert chez les hypnotiques** par Féré et Binet. (Progr. méd. 1884. No. 28.)

Die Verff. schildern Transferterscheinungen, welche sie durch Application eines Magneten bei den verschiedenen Formen hypnotischer Zustände: bei Lethargie, Katalepsie und Somnambulismus haben hervorrufen können. — Die eintretenden mannigfaltigen Stellungen der Extremitäten und die verschiedenen Sinnestäuschungen sollen von bestimmten, sehr heftigen Schmerzen am Kopfe begleitet sein („douleurs de transfert"), deren Localisation in den meisten Fällen genau dem Sitze der betreffenden motorischen und sensorischen Rindencentren entsprechen soll. (?)

Laquer.

---

15) **Sur le somnambulisme partiel** par Féré et Binet. (Société de biologie; séance de 19 juillet 1884. Progr. méd. 1884. Juillet. No. 30.)

Erneute Versuche an Hypnotischen: Durch seitliches Streichen des Scheitels hypnotisirter Individuen soll ein „Hemisomnambulismus" entstehen. — Durch stärkeres Reiben bestimmter Punkte an der Schädeldecke soll man die eine Gesichtshälfte, einzelne Extremitäten etc. somnambulisch machen können. Am Hinterhaupt soll sich sogar eine „zone érogene" befinden, deren Reizung im Stadium der Lethargie und Katalepsie möglich ist. — Féré meint, dass in dieser Beziehung die Gall'schen Lehren eine neue Prüfung verdienten. Laquer.

---

16) **Contribution à l'étude des ecchymoses sous-cutanées d'origine nerveuse** par le Dr. Th. Keller. (Revue de médecine. 1884. Août p. 637.)

Verf. berichtet ausführlich über mehrere Fälle von Hysterie und allgemeiner Nervosität, in deren Verlauf wiederholt mehr oder weniger zahlreiche Blutungen in der Haut auftraten. Eine traumatische Entstehung derselben liess sich stets ausschliessen, wogegen ein Zusammenhang mit stärkeren psychischen Emotionen und dergleichen wiederholt deutlich hervortrat. Wurde die allgemeine Neurose gebessert, so verschwanden auch die Ecchymosen. — Verf. hält den nervös-vasomotorischen Ursprung der Blutungen für sicher und erinnert an das Vorkommen ähnlicher Hämorrhagien bei anatomischen Erkrankungen des Nervensystems, speciell bei Tabes, Hemiplegien und Myelitiden. Strümpell.

---

17) **Nevrose électrique** par Féré. (Progr. méd. 1884. No. 27.)

Unter dem Namen: „Elektrische Neurose" beschreibt F. sonderbare Erscheinungen bei einer nervösen jungen Frau von 29 Jahren, die schon seit dem Mädchenalter bestehen, sich aber in den letzten Jahren sehr erheblich gesteigert haben: Die Finger der betreffenden Dame ziehen leichte Papierschnitzelchen und Bändchen an, ihre Haare geben Funken, sobald sie der Kamm berührt, ziehen sich an und stossen sich ab unter deutlich knisterndem Geräusch. — Ihre Haut ist oft so vollständig mit Elektricität geladen, dass das Hemd derselben fest anhaftet und dadurch die Bewegungen der Pat. hemmt. — Sie ist im Stande, Wollenstoffe durch einfaches Reiben mit den Händen elektrisch zu laden. — Doch ist der Grad dieser elektrischen Erscheinungen zu manchen Zeiten stärker, zu manchen schwächer: Gemüthliche Erregungen erhöhen sie; ferner schwankt ihre Intensität je nach den Witterungsverhältnissen; trocknes Wetter begünstigt die Production der elektrischen Phänomene, feuchtes Wetter hat den gegentheiligen Einfluss. — Mit der höchsten elektrischen Spannung der Haut fällt zusammen eine beträchtliche nervöse Reizbarkeit, mit dem Verschwinden derselben ein Zustand der allgemeinen Erschlaffung.

Die Kranke ist schlecht genährt und sehr anämisch, ihre Haut zeigt eine gewisse Trockenheit, sie leidet an einer ödematösen Infiltration der Beine, die je nach Auftreten trockenen oder feuchten Wetters eine Intermittenz zeigt. Unter dem Einflusse der statischen Elektricität (in Form eines elektrischen Bades applicirt) soll sich diese vasomotorische Störung verringert haben, und die Mattigkeit der Kranken ganz verschwunden sein.

Nachdem F. noch der analogen Erscheinungen, soweit sie bei Thieren, besonders bei Katzen beobachtet worden, Erwähnung gethan, kommt er auf einzelne Fälle beim Menschen zurück, die in der Literatur schon in früherer Zeit besonders von englischen und französischen Autoren beschrieben wurden.

F. glaubt, dass es sich in dem vorliegenden Falle nicht sowohl um eine abnorm hohe Production von Elektricität, als vielmehr um einen abnormen Verlust derselben handle, der eine lokale oder allgemeine nervöse Ermüdung nach sich ziehe und von vasomotorischen Störungen begleitet sein könne. Dieser „elektrischen Neurose" könne man entgegen wirken, indem man die betreffenden Patienten wieder „künstlich bade", oder ihren Körper mit isolirenden Kleidungsstücken z. B. seidenen bedecke.

Laquer.

---

18) **Note sur un cas de rage humaine** par M. de Beurmann. (Rev. de méd. 1884. Août. p. 628.)

Typischer Fall von Lyssa bei einer 43jährigen Dame. Die Infection war aller Wahrscheinlichkeit nach nicht durch einen Biss, sondern dadurch erfolgt, dass eine kleine Excoriation an der Oberlippe von dem bald darauf an sicher constatirter Lyssa gestorbenen Wachtelhündchen der Patientin beleckt war. Trotz dieses dem Centralnervensystem nahe gelegenen Ortes der Infection (ein Umstand, welcher von anderer Seite für wichtig erklärt worden ist), verstrich eine Incubationszeit von $16^1/_2$ Monaten, ehe die deutlichen Symptome der Lyssa bei der Dame zum Ausbruch kamen. Schon mehrere Monate vorher hatte sich aber bei derselben eine eigenthümliche, vorher nicht vorhandene nervöse Erregbarkeit und Exaltation gezeigt. Die Krankheit selbst verlief in wenigen Tagen tödtlich. Die Section konnte nicht gemacht werden. — Beachtenswerth in dem Falle sind die sicher constatirte lange Incubationsdauer und die mehrmonatlichen psychischen Prodromalerscheinungen, welche nicht auf die Wirkung der Furcht vor der Krankheit zurückgeführt werden konnten.

Strümpell.

Psychiatrie.

19) **Case of insanity after head-injury** by H. Rayner. (Journ. of ment. science. 1884. Oct. p. 393.)

26jähr. Mann (2 Geschwister unter Convulsionen, 2 an Hydrocephalus gestorben) starker Trinker, fällt auf das Hinterhaupt, darnach Bewusstlosigkeit und 3 Krampfanfälle. Am folgenden Tage Delirium, Unruhe. Bei der Aufnahme Pupillendifferenz, Tremor an den Gesichtsmuskeln, die Aufregung ist geschwunden, keine geistige Schwäche; Pat. klagt über Schlaflosigkeit und Schmerz im Vorderkopf. Heilung nach 2 Monaten.

R. nimmt eine Contusion oder Commotion der vorderen Grosshirnabschnitte durch Contre-Coup an.

A. Pick.

---

20) **Amelioration of paretic dementia after extensive sloughs** by Dr. Burr. (American Journ. of Neurol. and Psych. 1884. p. 324.)

Zwei neue Beobachtungen über den günstigen Einfluss profuser Eiterungen auf den Verlauf der Dementia paralytica. Besondere Erwähnung verdient die erste

Krankengeschichte. Ein 40jähr. Mann erkrankte im Winter 1878/79 zuerst unter den Erscheinungen der Apathie, dann mit Grössenwahnvorstellungen und zunehmender Erregung. Bei der Aufnahme in die Irrenanstalt im December 1880 zeigte sich neben den bekannten psychischen Symptomen eine bereits weit vorgeschrittene Ataxie und Sprachstörung; die Handschrift war fast unleserlich. Im Januar 1881 stellte sich ein apoplectiformer Anfall ein. Im Juni 1881 entwickelte sich eine bedeutende Eiterung in Folge von gangränösem Decubitus der linken Ferse und bald darauf folgte eine so bedeutende Besserung seines gesammten Zustandes, dass er ohne Spur von Ataxie und Sprachstörung im November desselben Jahres entlassen werden konnte. Er übernahm später wieder sein Geschäft mit voller Leistungsfähigkeit und stellte sich im December 1882 und im April 1884 wieder vor, anscheinend völlig genesen; von den Angehörigen wird einzig bemerkt, dass der früher leidenschaftliche Mann jetzt leichter zufrieden zu stellen wäre. Sommer.

---

21) **Ueber sporadische psychische Ansteckung** von M. Knittel. (Strassburger Dissertation. 1884.)

An der Hand von 6 einschlägigen Fällen aus Jolly's Beobachtung discutirt K. die Theorien der französischen Autoren über diesen Gegenstand, dessen allzustrenge Kategorisirung als unberechtigt zurückgewiesen wird. Die Literatur ist, wenn auch nicht vollständig, doch eingehend benutzt. Ref. darf vielleicht bei dieser Gelegenheit an eine Maxime La Rochefoucauld's (No. CCC) erinnern: Il y a des folies qui se prennent comme les maladies contagieuses. A. Pick.

Therapie.

22) **Facial neuralgia treated by nerve vibration** by Dr. W. H. Neale. (The Practitioner. 1884. p. 345.)

Im Anschluss an die auch in diesem Centralbl. 1884. S. 382 besprochenen Erfolge der Nervendehnung bei Neuralgien versuchte Verf. in einem ausserordentlich hartnäckigen Fall von Neuralgie des gesammten rechtsseitigen Trigeminus eine modificirte mechanische Einwirkung auf die einzelnen Nervenzweige, deren Dehnung ja sehr zahlreiche Operationen nöthig gemacht haben würde.

Mit einem leider nicht genauer beschriebenen Apparate übte er auf die Haut über den einzelnen Schmerzenspunkten eine „Percussion" aus, die sich in der Secunde etwa 90mal wiederholte. Nach 5—8 Minuten dauernder Erschütterung des betreffenden Nervenstückes trat Schmerzlosigkeit ein. Nach etwa 3wöchentlicher Behandlung stellte sich kein neuralgischer Anfall mehr ein und die Heilung der bereits 6 Jahre bestehenden Krankheit konnte noch nach 4 Monaten constatirt werden.

Sommer.

IV. Personalien.

Der erste Hülfsarzt der Anstalt Eberswalde Dr. Landrock wurde zum ersten Hülfsarzt der Irrenanstalt zu Altscherbitz, an dessen Stelle ist der praktische Arzt Ernst Becker aus Westfalen und zum zweiten Hülfsarzt der Anstalt Eberswalde der praktische Arzt Christian Rasch aus Holstein zum 15. Januar 1885 berufen.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Prof. Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Register 1884.

I. Originalaufsätze.

Seite

1. Ueber die nach Durchschneidung der Sehnervenfasern im Innern der Grosshirnhemisphären (in der Nachbarschaft des hintern Abschnittes der innern Kapsel) auftretenden Erscheinungen von Dr. W. Bechterew 1
2. Ueber das Auftreten von Transfert-Erscheinungen während der Behandlung der partiellen Epilepsie von Prof. Hirt 9
3. Zur Lehre von der antiepileptischen Wirkung des Bromkalium von Dr. Rosenbach 25
4. Ueber das Verhalten der allgemeinen und speciellen Sensibilität bei Krampf- und Geisteskranken von Dr. Thomsen 31
5. Bemerkungen zu dem Aufsatze „über artificielle, cadaveröse und pathologische Veränderungen des Rückenmarks von Dr. Richard Schulz“ von Dr. Arnold Pick 32
6. Notiz zu vorstehender Bemerkung von Dr. Richard Schulz 33
7. Ueber das Verhalten erkrankter Nerven und Muskeln gegen magnetelektrische Ströme von A. Eulenburg 49
8. Ueber die Bedeutung der Vacuolenbildung in den Nervenzellen von Dr. P. Rosenbach 54
9. Meningitis spinalis chronica der Cauda equina mit secundärer Rückenmarksdegeneration, wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs, von Eisenlohr 73
10. Ueber einen Fall von disseminirter granulöser Sklerose der Hirnrinde von Dr. Greiff 97. 125
11. Zur Vacuolenbildung in den Ganglienzellen des Rückenmarks von Dr. Rich. Schulz 121
12. Ueber progressive atrophische Lähmungen, ihre centrale oder periphere Natur von Dr. Eisenlohr 145. 169
13. Ueber das Vorkommen gequollner Axencylinder im Rückenmark von Prof. Dr. Friedr. Schultze in Heidelberg 193
14. Ueber das Verhalten der Axencylinder bei der multiplen Sklerose von Prof. Dr. Friedr. Schultze in Heidelberg 195
15. Ueber die Bedeutung der Intervertebralganglien, experimentell histologische Untersuchung von Dr. W. Bechterew und Dr. P. Rosenbach 217
16. Einiges über combinirte Psychosen von Director Dr. Siemens 223
17. Ueber das Verhalten der multiplen Neuritis zur Poliomyelitis von Prof. Strümpell 241
18. Einige Bemerkungen zu der Mittheilung von Dr. Bechterew und Rosenbach „über die Bedeutung der Intervertebralganglien“ von Prof. Schultze 265
19. Kurze Mittheilung über die bisherigen Versuche mit Paraldehyd in Stephansfeld von Dr. Benda 268
20. Ueber Augenstörungen bei multipler Sklerose von Dr. Rudolf Gnauck 313
21. Nachtrag zu der Mittheilung: „Ueber die Bedeutung der Intervertebralganglien“ von Dr. W. Bechterew und Dr. P. Rosenbach 320
22. Ueber die gelegentliche Betheiligung der Gesichtsmusculatur bei der juvenilen Form der progressiven Muskelatrophie von E. Remak 337
23. Zur Kenntniss des Faserverlaufs im Corpus striatum von Dr. L. Edinger . . . 341
24. Ueber die neuropathischen Symptome der Lepra von Dr. P. Rosenbach 361
25. Ein Fall von Hypertrophia musculorum pseudohypertrophica von A. Eulenburg . 385
26. Absolute Carenz eines Paranoischen von Director Dr. Siemens 409
27. Zur gynaecologischen Behandlung der Hysterie von Prof. Paul Flechsig . 433. 457
28. Beiträge zur Pathologie der multiplen Neuritis von Prof. Dr. Hirt 481
29. Bemerkungen über die Form des menschlichen Rückenmarks von Prof. Dr. Flesch 485
30. Die therapeutische Wirkung verschiedener Cannabis-Präparate von Dr. Richter, Pankow 486

Seite

31. Ueber die Ganglienzellen der Hirnrinde bei der progressiven Paralyse der Irren von E. Mendel 487
32. Multiple Sklerose mit beiderseitiger totaler neuritischer Sehnervenatrophie von A. Eulenburg 505
33. Ueber einige Erscheinungen epileptischer und comatöser Zustände von L. Witkowski 508
34. Hereditäre Muskelatrophie und Pseudohypertrophie der Muskeln von Prof. Schultze 529
35. Mittheilung, die angebliche Abwesenheit der Vierhügeltheilung bei Reptilien betreffend, von Dr. E. C. Spitzka 553

II. Namenregister.

Abadie 118.
Adamkiewicz 114. 151. 229. 402. 407.
Albrecht 416. 442.
Allbutt 47.
Algeri 190. 473.
Althaus 45. 70. 260.
Amadei 81. 115. 153. 190 (2). 236.
Amadon 299.
Anderson 41.
Angel 352.
Anrep 390.
Apostoli 213.
Aronsohn 439. 535.
Artaud 14. 294. 347.
Ayrolles 392.

Babinski 326.
Badik 545.
Baginsky, B., 152.
Baillarger 62. 89. 329. 442.
Baker 44.
Ball 405.
Ballet 135. 156. 179. 191. 394.
Balzer 324.
Banham 107.
Baraduc 406.
Bareggi 190.
Bartholow 234.
Bary 137.
Bastian 69.
Beach 43.
Beaunis 432.
Bechterew 177. 190. 217. 320. 345.
Beck 204.
Béclard 354.
Beevor 128. 184.
Benda 268.
Bennett 71. 115. 393.
Bérand 352.
Berger 250. 350. 475. 476.
Bergesio 290.
Berkhan 353.
Bernhardt 22. 137. 166. 260. 262. 302. 547.
Berry 519.
Bettelheim 536.
Beurmann, de, 564.
Bianchi 112. 190. 370. 550.
Bibber van 428.
Bidon 293.
Bigot 425.
Binet 563 (2).
Binswanger 347. 453. 475.
Bircher 500.
Björnström 263. 297.
Blackwood 114.
Blix 83. 274. 440.
Blot 430.
Blumenthal 376.
Bluthardt 546.
Bochefontaine 214.
Bókai 114. 163.
Bolling 187.
Bordoni-Uffreduzzi 245.
Bottet 214.
Bourneville 283. 352.
Boyer 377.
Braubach 514.
Bricon 283.
Brieger 273.
Broadbent 47.
Brower 188. 472.
Bruggia 231.
Buccola 391.
Bucquoy 431.
Burkart 559.
Burr 564.
Bury 207.
Burzew 37.
Buzzard 136. 238.

Cameron 40. 48.
Campbell 428.
Camuset 253.
Cantavano 185.
Castel, du, 335 (2). 431.
Cénas 394.
Cervello 142.
Challand 383.
Chambard 252.
Chapman 428.
Chardin 323.
Chatelain 383.
Chiari 514.
Christian 450.
Christiani 342.
Cividalli 191.
Clark 381.
Claus 205.
Clavenger 187.
Clevenger 295.
Coates 396.
Cohn, Rud., 534.
Colin 354. 355.
Cornillon 275.
Cotard 351.
Cowan 186.
Coxwell 184.
Crothers 296.
Cuffer 431.
Curschmann 158.
Cybulski 390.

Dana 296. 522.
Danillo 60.
Darier 118. 470.
Dastre 191. 430.
Dauchez 393.
Davidsohn 427.
Debove 335.
Dechambre 215.
Déjerine 14. 15. 118. 135. 182. 276.
Demange 558.
Dewey 211.
Dignat 246.
Donald, M., 19.
Dreschfeld 449.
Drummond 48. 95.
Dubler 371.
Duflocq 294.
Dujardin Beaumetz 119. 142.
Dumesnil 383.
Dumolard 447.
Dun 142.
Dutil 135.

Edinger 103. 341.
Edmunds 277.
Ehrlich 273.
Eickholt 93. 543.
Eidam 397.
Eiselsberg 536.
Eisenlohr 73. 145. 158. 169.
Elliott 117.
Engelskjön 209. 473.
Erb 200. 372.
Erlitzky 107.
Eulenburg 49. 209. 385. 390. 404. 406. 505.
Ewald 285. 287. 325.
Exner 552.
Eyselein 119. 479.

Feinberg 12.
Fellner 513.
Féré 89. 118. 353. 377. 421. 563 (3).
Féréol 431.
Fergus 41.
Féris 19.
Ferrier 44. 228.
Finkenstein 399.
Finkler 286.
Finny 422.
Fischer 330.
Flechsig 433. 452. 453. 457.
Flesch 480. 485. 501. 502 (2).
Fleury 519.
Fränkel 208.
Franck 34. 430.
Freusberg 20. 525. 528.
Friedenreich 406.
Frigerio 34. 253. 535.
Fritsch 429.
Fürstner 304. 305. 525. 526. 527.
Funajoli 522. 551.
Funnioli 190.
Fusari 190.

Gairdner 45.
Gallard 431.
Gasquet 397.
Gaucher 294.
Gaudard 420.
Gilles de la Tourette 191. 214. 407. 426.
Girandeau 36. 85. 246. 277.
Girma 237.
Gläser 393.
Glynn 95.
Gnauck 313.
Golgi 150. 190.
Goltz 239. 332. 334. 492.
Gontermann 139.
Gonzales 551.
Goodhart 213.
Grashey 474. 479.
Grasset 559.
Gray 188. 255.
Greidenberg 399.
Greiff 97. 125. 348.
Grünhagen 534.
Grützner 177.
Gudden, v., 452. 453. 454 (2). 477. 479.
Günther 334.
Güterbock 373.
Gumprecht 476.
Gunning 118.
Guttmann, S., 259.

Hack 504.
Hadlich 22.
Hallager 407.
Hallopeau 85. 235. 246.
Hamilton 275.
Hammond 280.
Harley 550.
Hartmann 472.
Hasse 455.
Hebra 309.
Hegar 162.
Henoch 323.
Hénocque 214. 215.
Hermann 198.
Hessler 40.
Heusner 503.
Hirschberg 548. 549.
Hirt 9. 481.
Hitzig 305. 453. 455. 541.
Hjertström 131.
Hoestermann 522.
Hoffmann, J., 133.
Horsley 444.
Hovell 48.
Hryntschak 540.
Hughes 140. 255. 428.
Hurd 295.
Hutchinson 312.

Ilott 212.
Ireland 43. 47.

Jackson 19. 47.
Jakoby 254.
Jakubowitsch 233. 279.
Jaroschewski 129.
Jastrowitz 300. 547.
Jeglinski 512.
Jehn 475. 476.
Jensen 13. 138.
Joffroy 335. 431.
Johson 326.
Johnstone 246.
Jolly 304. 357. 524. 525. 526. 527.
Jong, de, 235.
Jubineau 38.
Jürgens 286.
Jungst 36.

Kahlbaum 476. 479.
Kahler 88. 336. 374. 518.
Kaurin 349.
Keller 563.
Kernig 391.
Kiernan 18. 91. 331. 427.
Kind 137.
Kirn 527.
Kisseljow 328.
Kjellberg 404.
Klein 81.
Knecht 94.
Knijper 167.
Knittel 565.
Kocher 254.
Koebner 561.
Kojewnikoff 60.
Kostjurin 289.
v. Krafft-Ebing 186. 283. 354. 429. 546.
Kratter 523.
Kröning 294.
Kühn 276.
Küpper 140.
Kupffer 176.
Kussmaul 304.

Laborde 430 (2).
Laehr 452.
Lambl 178.
Landesen 350.
Landouzy 118. 179.
Langgaard 562.
Langley 81. 418.
Lapraik 41.
Lee 299.
Leegard 378.
Legrand du Saulle 20. 249. 399.
Lemcke 293.
Lentz 429.
Leroy de Méricourt 215.
Leube 283. 286.
Lévêque 393.
Lewin 166. 167. 329.
Lewis 42. 136.
Ley 283.
Leyden 256.
Lichtheim 302.
Liebeschütz 395.
Liebmann 444.
Lissauer 105.
Loeb 494. 540.
Loewenfeld 233. 395. 497.
Lombroso 57. 102. 115.
Lomer 536.
Lominski 496.
Lownder 94.
Lubelski 159.
Luciani 190. 441.
Lunin 331.
Lussana 370. 417.
Luys 354. 355. 533.

Mabboux 84.
Mabille 140. 425.
Maccabruni 39. 208.
Mac Bride 392.
Macewen 142. 430.
Mac Guire 373.
Maclagan 45.
Madigan 207.
Magnan 191. 235.
Mann 445.
Mannkopf 291.
Manz 306.
Marandon de Montyel 42. 426. 541.
Marcacci 245.
Marchi 176. 191.
Marie 61 (2). 183. 350.
Marro 57.
Marshall 168.
Martin (de Cognac) 118.
Martineau 213.
Marvaud 160.
Meinert (Dresden) 286.
Mendel 22. 23. 111. 229. 262. 356. 452. 453. 475. 476. 479. 487. 547. 549. 562.
Mendelssohn 17. 33. 34. 246.

Mercier 43.
Meschede 453. 454. 476. 479.
Metcalf 299.
Metzger 144.
Meyer 104.
Mickle 44. 288. 351. 397. 523.
Middleton 496.
Mierzejewsky 107. 113.
Miles 109.
Millet 251.
Minkowski 183.
Minor 156.
Möbius 307.
Moeli 141. 260. 326. 454. 480.
Moeser 538.
Mommsen 308.
Monakow, v., 197.
Money 153.
Montgomery 427.
Moos 254. 424.
Morat 191.
Morin 350.
Morrison 213.
Morton 110.
Motet 20.
Müller (Blankenburg) 407.
Müller (Strassburg) 16.
Müller (Wiesbaden) 107.
Munk, H., 272. 342.
Munson 375.
Murrell 120.
Musso 282. 290. 330. 398.

Näther 497.
Neale 565.
Nettleship 117.
Neumann 71. 287.
Nicati 191.
Nieden 328. 396.
Niermeijer 353.
Nikolajeff 161.
Noorden 298.
Nothnagel 232. 334. 373.

Obersteiner 403.
Oebbeke 454.
Oeller 23.
Olderogge 298.
Oliver 58.
Olivet 383.
Ollive 234.
Ollivier 214.
Oppenheim 159. 164. 165. 260. 546. 547. 549.
Orange 283.
Orel 550.
Ormerod 117. 213.
Orr 41.
Orschanski 469.
Otto 301.

Paetz 403. 453. 454.
Page 87.
Parinaud 517.
Parsons 38.
Paul 120.
Peckham 561.
Peli 469.
Petel 383.
Peträus 67.
Petrone 331.
Pick 32. 185.
Pilkowsky 161.
Pitres 34. 154. 538. 539. 557.
Planati 132. 292.
Poggi 150.
Pollitzer 513.
Pontoppidan 520.
Pozzi 16. 214.
Prévost 557.
Pusinelli 382.
Putnam 106.
Pye-Smith 213.

Quinquaud 214. 430. 517.

Rabuteau 214.
Raggi 190.
Ralfe 550.
Rattone 228.
Raven 247.
Raymond 14. 84. 294. 347. 372.
Rayner 564.
Reclus 215.
Régis 282.
Reinhard 161. 541.
Remak 22. 23. 67. 167. 239. 260. 261. 262. 302. 337. 547. 548.
Renz 331.
Renzi 209.
Revilliod 86.
Rezzonico 190. 515.
Richardière 392.
Riches 214.
Richet 214.
Richter (Dalldorf) 22. 165. 453.
Richter (San Francisko) 131.
Richter (Pankow) 486.
Richter (Sonneberg) 558.
Riegel 18.
Rieger 527. 528.
Riggi 551.
Riva 190. 542.
Robert 117.
Robertson 40. 383. 407.
Roger 447.
Rohmell 405.
Rohon 271.
Roller 116.
Rondot 204.
Roosa 424.
Rosenbach 25. 54. 192. 217. 320. 357. 361.
Rosenheim 130.
Rosenstein 187.
Rosenthal 238. 240. 334. 407.
Ross 48. 248. 335.
Rossbach 286. 521.
Roth (Berlin) 105.
Roth (Moskau) 406.
Rothe 159.
Rousseau 205. 206.
Rühle 286.
Ruhemann 278.
Rumpf 260. 306. 344. 445.
Rybalkin 86. 537.

Sahli 151.
Sakaky 68. 418.
Sander, Wilh., 451. 452. 545.
Sappey 355.
Sasaki 346.
Savage 282. 381.
Scarpi 59.
Schäfer (England) 45. 81.
Schäfer 560.
Scherschewsky 110. 247.
Scheube 182.
Schiff 557.
Schmey 417.
Schmidt 231.
Schnabel 250.
Schreiber (Budapest) 133.
Schreiber (Königsberg) 334.
Schrevens 429.
Schüle 303. 394. 525. 527. 528.
Schultze, Fr., 193. 195. 258. 265. 309. 529. 540.
Schulz, Richard, 33. 121. 471. 479. 516.
Seeligmüller 477 (2). 502.
Séglas 352. 426.
Seguin 383. 421.
Selenkoff 199.
Senator 286.
Sepilli 470. 551.
Sewall 152.
Sharkey 45. 117. 277.
Shaw 537.
Shears 420.
Sherrington 418.
Shuttleworth 43.
Siemens 139. 223. 409.
Singer 369.
Sizaret 208.
Smith 204.
Solivetti 551.
Sommer 154. 256.
Sorel 85.
Sperlingk 330.
Spitzka 57. 142. 201. 501. 553.
Ssikorsky 378.
Stabell 449.
Stadthagen 157.
Stark (Illenau) 525.
Stark (Stephansfeld) 20. 526. 527. 528.
Starr 491. 515.
Steenberg 401.
Steiner 304.
Stephan 422.
Strübing 108.
Strümpell 95. 241. 287. 476. 502.
Stura 398.
Svensoon 41.

Talma 448.
Tambroni 551.
Tamburini 190. 542. 551.

Tarchanoff 12.
Tarnowskaja 58.
Taylor 446.
Tersier 215.
Thomsen 31. 548. 549.
Thomson 41.
Thümmler 299.
Toldt 336.
Tonnini, Giuseppe, 18.
Tonnini, Silvio, 18. 106. 115. 236.
Trélat 355.
Tschirjew 206.
Tschisch 360.
Tuczek 305.
Turner 381.
Tuttle 299.
Tweedy 216.

Uhthof 68. 419. 549.

Vaillard 371.
Vejas 227.
Venturi 281.
Verdan 297.
Verga 190. 551.
Victor 499.
Vierordt 180.
Vignal 430.
Voisin 280.
Vulpian 276.

Wahltuch 23.
Walsham 382.
Walther 527.
Walton 87. 499.
Watteville 215.
Webber 423.
Weber (Amerika) 109.
Weber (Halle) 239.
Weigert 105. 151.
Weill 448.
Weiss 561.
Wendt 210.
Westphal 21. 68. 155. 167. 262. 301. 302. 355. 357. 547. 549.
Wiebe 255.
Wight 474.
Wiglesworth 43. 113. 231.
Wijsmann 450.
Wilbrand 503.
Wildermuth 210. 382. 526. 527. 528.
Willet 524.
Witkowski 508. 527. 528.
Wolf, de, 524.
Wolfender 399.
Wolff 376.
Woods 48.
Workmann 398.

Zacher 91. 379.
Zenner 295.
Zuelzer 359.

III. Sachregister.

Accessoriuskrampf 89.
Acetal 94. 551.
Aesthesiometrie 391.
Agraphie, motorische 557.
Alcohol im Gehirn 167.
Alcoholismus 40. 113. 119. 159. 160. 161. 162. 251. 253. 296. 326. 419. 449. 477,
cf. auch Trunksucht und Delirium tremens.
Alexie 46.
Amblyopie bei Alcohol- 419, bei Tabakvergiftung 420.
Ammonshorn, Anatomie 151.
Amnesie, simulirte 256.
Amyotrophische Lateralsklerose 60. 61. 184. 374. 376. 406.
Anaemie perniciöse, Ganglienzellen dabei 346.
Anaesthesien, sensor. 159.
— bei Krankheiten des Brachialplexus 248.
Anaesthetica, Tod dadurch 168.
Analgesie, einseitige 22.
— bei Lepra 366.
Angiom im Centr. ovale 213.
Anstaltswesen
cf. Irrenanstalten.
Antivivisectionisten 191.
Aphasie 14. 45. 205. 206 (2). 231. 276 (2). 302. 324. 347. 470. 527.
Argent. nitr. bei Tabes 114.
Arhinencephalie 199.
Arteria basilaris Aneurysm. 85.
— cerebri post. 520.
— vertebralis Aneurysm. 538.
Arthritis progr. 109.
Asphyxie, locale, bei Geisteskranken 281.
Asthma nervos., Elektr. dagegen 23.
Astigmatismus b. Migräne 118.
Ataxie 497.
Atrophie des Gesichts und Körpers 329.
— allgemeine, Ganglienzellen dabei 346.
Auge, Anomalien u. psychische Abnormitäten 306.
— bei multipler Sklerose 313.
cf. Opticus.
Axencylinder 176.
— gequollene 193.
— bei Sklerose 195.
Basedow'sche Krankheit mit Manie 246.
— Erklärung 430.
Beri-Beri 182. 183.
Bewusstsein im Zustande der Bewusstlosigkeit 185.
— partielle Störung 378.
Blasenstörung bei Tabes 350.
Bleilähmung, path. Anat. 23.
— Psychosen 72. 295.
Blitz, Wirkung desselben 503.
Brachialplexus 248.
Bromkalium, antiepileptische Wirkung 25.
— Heilwirkung bei Gehirnquetschung 19.
Bulbärparalyse 15.
— amyotroph. 376.
— apoplect. 445.
— progressive 422.
— Pseudo- 250. 304.
Bulbus med., acute Erweichung 37.
— olfactorius, Anatomie 151.
Burdach'sche Stränge, Affect. 191.

Cannabinon 486.
Cannabinum tannicum 94. 382.
Capsula interna, Durchschneidung 1.
— Zerstörung derselben 141.
Castration der Frauen,
cf. Ovariotomie.
Cauda equina, Meningitis derselben 73.
— Compression 105.
Centra vasomotor. im Hirn u. Rückenmark 12.
— für Rückwärtsbewegung 304,
cf. Localisation im Hirn und Rückenmark.
Centrum cilio-cerebrale 535.
Chinin, Psychosen nach Gebrauch desselben 18.
Chloral, Wärme dabei 344.
Chorea, Muskelzuckung dab. 18.
— Blut 131.
— Arsen 163.
— Paralysen dabei 234.
— Therapie 428.
Chorea posthemiplegica 349.
Choreatische Zwangsbewegungen 325.
Chromidrosis 215.
Clarke'sche Säulen bei Tabes 105.
— Atrophia 326.

Condensationshypertrophie des Hirns 229.
Coniinum bromat. 298. 399.
Conium 299.
Corpora quadrigemina, Anatomie 553.
Corpus callosum, Haemorrh. 372.
— Syphilom 373.
— Tumor 393.
Corpus mamillare 454.
Corpus striatum,
Anatomie 176. 341.
Pathologie 106. 350.
Cretinismus 297. 523.
Crus cerebri, Sarcom 205.
Curare bei Tetanus 139.

Darmwand, Ganglien 346.
Decubitus 479.
— Therapie 545.
Degeneration, secundäre, des Rückenmarks 73. 105. 203. 274. 277. 291.
— der Goll'schen Stränge 221.
— der peripheren Nerven 418.
— tertiäre 419.
— physische b. Verbrechern 94.
Délire des negations 208. 351.
Delirium acutum 329.
— uraemicum 331.
— path. Anatomie 515.
— tremens 40. 137. 327.
— — Sinnestäuschungen dabei 113.
Dementia paralytica,
cf. Paralys. progr.
— bei Hunden 229. 262.
— simpl. syphil. 425.
Dermatitis, Veränderungen im Nervensystem 104.
Diabetes 110. 278.
— Therapie 524.
— insipidus 331.
Diphtherie, herdförmige Sklerose dabei 157.
— Lähmung mit Ataxie 516.
Diplegia facialis bei progr. Muskelatrophie 339.
Dipsomanie 41.
Duchenne'sche Lähmung 15.
cf. Bulbärparalyse.
Dyspepsie, nervöse 283. 303.
Dystroph. musc. progr. 201.

Ecchymosen nervösen Ursprungs 563.
Eclampsie 421.
Ehescheidung und Geistesstörung 451.
Eisenbahnunfälle.
cf. Railway-spine.
Elektricität 254.
— Reizung des Schädels und der Wirbelsäule 12.
— magnetelektrische Ströme 49.
Elektricität bei Erkrankung des Opticus 118.
— Oeffnungserregung 177.
— secundär elektromotor. Erscheinungen 198.
— sensible Nerven bei Tabes 246.
— Nachweis einer Nadel 254.
— elektrischer Leitungswiderstand im Körper 357.
— Unterbrechung des Stromes 440.
— Erregbarkeit der Muskeln und Nerven bei Arbeit und Ermüdung 469.
Elektrotherapie 23. 114. 209 (2). 213. 215. 254. 353. 383. 473.
Encephalitis parenchymat. circumscr. 60.
— der Kinder 502.
Encephalocele occipitalis 142. 444.
Epilepsie 70. 245. 278. 350. 352. 393. 394. 421. 508. 527.
— Symptomatologie:
— — partielle 132.
— — Transfert 9.
— — bei Thieren 35.
— — sensorische Anästhesien 31. 159.
— — Psychosen 44.
— — Idiotie 210.
— — rotatoria 133.
— — Schwindel als Aura 184. 251.
— — Augenbewegungen 512.
— — Pupillen 282. 511.
— — Irreseinsanfälle 330.
— — postepileptische Symptome 70.
— — Harn 360.
— — Bewusstseinsstörung 378.
— — Lähmung dabei 509.
— Aetiologie:
— — Imitation 292.
— — bei Alcoholisten 327.
— — Gehörorgan 140.
— Path. Anatomie 191. 444.
— Forens. Beziehung 20 (2). 256. 331. 400.
— Therapie: 9. 26. 140. 238. 283. 352. 382. 394. 399.
— — Versorgung der Epileptiker 527.
Epileptiforme Krämpfe von der Hirnrinde 34.
Epileptogene Zone 350.
Epileptoide Anfälle 131. 249.
Erb'sche Lähmung 278.
Ergotin bei Paralyse 237.
Erinnerungsbilder optische 119.

Facialisschmerz 255.
— Paralyse 51.
— Ursprung 372.
Färbungsmethoden 106. 151.
Faradischer Strom,
cf. Elektricität.
Faserverlauf im Hirn 533.
Folie à deux 38. 427,
cf. Psychosen inducirte und Zwillingsirresein.
— du doute 522.
Forensische Fälle 20. 42. 140. 188. 265. 283. 331. 354. 399. 400 (2). 429 (3). 501. 546. 550.
Forensische Psychiatrie 263. 408. 451. 474.
Fornix 454.
Fossa occipitalis 102. 416.
Fossette vermienne 416.
Fütterung der Geisteskranken 283.
Funicul. solitarius 547.
Fussphänomen 519.
cf. Sehnenreflexe.

Galvanisation,
cf. Elektricität.
Galvanometer, vertical. Hirschmann'sches 67. 390.
Ganglienzellen, Anatomie 190.
— Pigmentanhäufung 360.
— Veränderungen bei Paralyse 453. 488.
— Degeneration 496.
— in Spinalganglien 502.
cf. auch Hirnrinde, Paralyse, Vacuolenbildung.
Gangrän, periphere Nerven dabei 371.
Gastroxynsis 521.
Gehörorgan u. nervöse Affectionen 140.
Gehörschnecke, Function 152.
Gemüthsbewegungen, Ausdruck bei Thieren 102.
Geruchsempfindungen, Reactionszeit 432.
— elektrische 439.
— bei Thieren 552.
Gesichtsfeldeinschränkung 503. 548.
— Untersuchung 209. 473.
Gesichtsmuskelatrophie 107 (2). 329.
— doppelseitige 339. 376.
Gleichgewichtssinn 152.
— Beziehung zum Kleinhirn 177.
— Organe 345.
Gliom, Sehhügel 204.
— Stirnlappen 212.
Gliosarcom, Schläfenlappen 21.
Gliose der Hirnrinde 305.
Goll'sche Stränge, Degeneration 221.
Grössenwahn bei groben Hirnkrankheiten 397.

Grosshirn, Entwicklungshemmung 13.
— Functionen 342,
cf. Lokalisation und Hirn.
Gudden'sches Bündel 455.
Gyr. angularis 45.
— central. ant. post. 85.
— — post. 291.

Haarfarbe, period. Wechsel 161.
Haematoma dur. metr. 205.
Haemorrhachis 455.
Hallucinationen 235 (3). 450.
— einseitige 140. 407.
Harn, Semiotik 359.
Haschisch 487.
Hautnerven, specif. Energie 274.
Hautneurosen 309.
Heboid 476.
Hellseherin 178.
Hemianästhesie spinalis 446.
— hysterische 477.
Hemianopsie 7. 495.
— bei Aphasischen 47.
— temporale 69. 519.
— gleichseitige 117. 495. 504.
Hemiatrophia facialis 107. (2) 329.
Hemicephalic. Nebennieren dabei 536.
Hemichorea 84. 348. 349. 350. 448.
Hemicrania 118. 191.
— bei Tabes 350.
— Therap. 353. 399.
Hemiplegie, cerebrale,
— Muskelzuckung dabei 17.
— Symptome auf gesunder Seite 246.
— bei Kindern 420.
— Trepanat 142.
Hemiparaplegie, spinale, 446.
Hereditäre Anlage u. Tabes 179.
— und Psychosen 252.
Herpes zoster 158. 163. 371.
— bilateralis 449.
Herzaction, willkürl. Beschleunigung der, 12.
— Schwäche 502.
Hinterhauptschuppe,
cf. Fossa occipitalis.
Hinterstrangsklerose,
cf. Tabes.
Hirnabscess 497. 536.
— Bewegungen 354.
— Compression 229. 475.
— Druck 229.
— Gefässe, Blutbewegung in demselben 475.
— Gewicht bei Geisteskranken 153. 190.
— — der Riesenschlange 417.
— — Turgenjeff's 432.
— Ungleichheit der Hemisphären 541.
Hirn-Hämorrhagie 69.
— Missbildung,
cf. Hemicephalie, Mikrocephalie u. s. w.
— Puls 290.
— Rinde, Convuls. durch Reizung 35.
— Sklerose 97. 125.
— Degeneration nach Zerstörung der Caps. int. 141.
— Gliose 305.
— schiefrige Verfärbung 425. 442.
— der Irren 444.
— hyaline Degeneration 444.
— Ganglienzellen 487.
cf. auch Paralyse, Faserverlauf, Ganglienzellen.
Hirnschenkel,
cf. Crus cerebri.
Hirnstructur 533.
Hirnthätigkeit, Einwirkung auf Phosphorsäure u. Urin 432.
Hirnwindungen bei Geisteskranken 150.
— beim Hund 82.
Hören, central. Organe dafür 272.
cf. Lokalisation.
Holzwolle zur Lagerung 545.
Husten, nervöser 108.
Hyoscyamin 94. 188. 299.
Hypertonia musculor. 385.
Hypertrophieen des Gesichtskörpers 329.
Hypnose bei Hysterie 86.
Hypnoticum 382.
Hypnotismus 214. 563.
— therap. Anwendung 255.
— Transfert 563.
Hypochondriasis 94.
— Anfälle dabei 281.
Hypoglossusbahn 347.
Hypophyse Tumor 393.
— beim Pferd 502.
Hysterie 558. 559 u. f.
— sensor. Functionen 31.
— mit Hypnose 86.
— Stummheit dabei 86.
— Taubheit 424.
— beim Mann 87. 335. 562.
— bei Kindern 323. 560. 561 (3). 562 (2).
— und Railway spine 87.
— und scrofulöse und tuberculöse Diathese 559.
— Anfälle bei einem Paralytischen 253.
— erhöhte Temperatur dabei 335.
— Hemianästhesie 477.
— Blutungen dabei 563.
— Therapie: gynäcol. Behandlung 214. 299. 433. 452. 457. 499. 500.
— nach Mitchell 524. 561.
Hysterie durch Reibungselektricität 551.
— forensisch 71.
cf. Hypnotismus, Neurose, elektrische, Somnambulismus u. s. w.
Hystero-Epilepsie 465. 562.

Jackson'sche Epilepsie,
cf. Epilepsie partielle.
Idiotismus 13.
— path. Anatomie 34. 43.
— und Trunksucht 137.
— Wechsel der Haarfarbe 161.
— und hereditäre Syphilis 207.
— und Epilepsie 210.
— Schädel 442.
— Sprachstörungen 526.
Intervertebralganglien,
cf. Spinalganglien.
Irisalgie 118.
Irrenanstalten 20 (2). 116. 189. (3) 210. 211. 401. 403. 432. 454. 479. 504. 528.
Irrengesetz 144. 168. 192. 211. 525.
Ischias, Osmiumbehandlung 209.
Jumping 426.

Kälteempfindung 275.
Katatonie 138.
Keratitis, neuroparalyt., 328.
Kinderlähmung,
cf. Spinalparalyse.
Klapperschlangengift gegen Tetanus 299.
Kleinhirnerkrankung 58. 59. 393 (2). 520.
— sklerose 154.
— Physiologie 190.
— Abscess 516.
— Tumor 537.
— Blutung 537.
Kleinhirnrinde, Anatomie 128. 190.
Kleinhirnstiel, Durchschneidung 177.
Kniephänomen,
cf. Sehnenreflexe.
Knochendegenerationen bei Geisteskranken 43.
Kohlenoxydul, Einfluss auf die Nervencentren 323.
Kopftetanus 137.

Labyrinthaffektionen 424.
Landry'sche Paralyse,
cf. Paralys. acuta ascendens.
Latah 426.
Lateralsklerose, cf. amyotroph. Lateralskl. und Seitenstrangsklerose.
Lathyrismus 183.
Lendenmark, motor. Funct. 369.
cf. Rückenmark.

Lepra 361. 378.
Lingualis, Einfluss auf Lymphe und Zunge 245.
Linsenkern,
cf. Nucl. lentif.
Lipom der Rückenmarkshäute 514.
Lobi interoptici 555.
— optici 554.
Lobus frontalis 212. (Gliom) 470. (angiolith. Sarcom.)
— occipitalis 275. 393. 442.
— paracentralis 431.
— parietalis 442.
— temporalis Tumor 21.
— Defect 43 (2).
— Sarcom 213.
— und Worttaubheit 470.
Lokalisation im Hirn 44. 45. 81. 231. 332. 342. 492. 494. 515.
— und Psychologie 42.
— für epilept. Convuls. 35.
— für Facialis und Arm 85. 291. 515. 551.
— für Gefühl 442. 492.
— — bei Hunden 190.
— für Gehör 21. 43. (2) 272. 442. 470. 543.
— für Geruch 442. 515.
— für Geschmack 442.
— für Gesicht 6. 45. 272. 275. 441. 494. 543.
— für Hemichorea 85. 348. 350 (2).
— für Hypoglossus 347.
— für Iriserweiterung 535.
— für sensorische Funktionen 441.
— für Sprache 206. 231. 324. 543.
— für Temperatur 541.
— für untere Extremität 432.
Lyssa humana 564.

Manie 113.
— mit Basedow'scher Krankheit 246.
— Conium dabei 299.
Medulla oblongat. 293.
— Centrum für Iris u. s. w. 430.
— Krankheitsherde 538,
cf. auch Bulbärparalyse, Bulbus.
Melancholie, Chinin 18.
— chronische, mit Délire des négat. 208.
— Behandlung 299.
— Verlust der Gesichtserinnerung 351.
— sine delirio 354.
— ängstliche 351. 426.
Meningitis basilaris tub. 540.
— spinalis chron. 73.
— nach Scharlach 323.
— Contract. dabei 391.
Microcephalie 34. 442. 480. 535.
Migräne,
cf. Hemicranie.
Miryachit 280. 426.
Monoplegieen,
cf. Lokalisation.
Moralischer Wahnsinn 398 (2). 476. 522. 551.
Morphiomanie 19. 42. 118. 255. 264. 403.
Morphium, Temperatur dabei 344.
Muskelatrophie 257. 374.
— progressive hereditäre 118. 529.
— juvenile Form 200. 258. 259. 279. 337.
— bei Lepra 365.
— bei Bulbärparalyse 422.
cf. Gesichtsmuskelatrophie, Hypertrophie und Pseudohypertrophie.
Muskeln, degenerirte, Verhalten gegen magnet. elektr. Ströme 49.
Muskelsinnbestimmung 83.
Muskelzuckung bei Krankheiten des Nervensystems 17.
— Kurve 103.
Myelitis acuta centralis 135.
— chron. diffusa 84.
— mit apoplectischen Anfällen 36.
— mit bes. Läsion der Vorderhörner 326.
— dorsalis 516.
— interstitialis 558.
— transv. 95.
— traumatica 231. 309.
— der Potatoren 477.
Myoclonus multiplex 22. 395.
Myotonia congenita,
cf. Thomsen'sche Krankheit.
Mysophobia 522.
Myxoedem 117. 550.
Myxogliom im Pons 204.

Nahrungsverweigerung der Irren 139.
— Stoffwechsel dabei 307.
— künstliche Ernährung 383.
— bei Paranoia 409.
Napellin 551.
Narcose, Wärmeregulation 344.
Natriumnitrit 120.
Natron salicyl. bei Hemicranie 399.
Nerven, Einfluss des asphyct. Blutes 191.
— von Kohlenoxydul 323.
— gefässerweiternde und gefässverengende 390.
cf. einzelne Nerven, Accessorius u. s. w.
— degenerirte Verhalten gegen magnetelektr. Ströme 49.
Nerven bei Gangrän 371.
— Dehnung 41. 58. 162. 163. 187. 445.
— Fasern, Anatomie 190.
— Leitung, für Tast- und Schmerzempfindung 345.
— Leitungsgeschwindigkeit sensibler, 430.
— Percusion 565.
Nervi Lancisii, Anatomie 150.
— System im Hungerzustande 357.
— der Boa Python 417.
Neuralgien, diabetische, 278.
— Nervendehnung dabei 163.
— Osmiumsäure 209. 381.
Neurasthenie 558. 559.
Neuritis bei Herpes zoster 158. 371.
— traumatica des Plex. brachialis 16. 109.
— syphil. 516.
— multiple 16. 180. 241. 256. 423. 481. 498.
Neuroparalytische Entzündung 477.
Neurosen, thermische, 110.
— der Haut 310.
— elektrische, 563.
Neuro-Tabes, peripher. 37. 182.
Nucleus lentiform. Faserverlauf 341.
— Pathologie 106.
Nystagmus 152.

Occipitalhirn, Furchenbildung 190.
cf. Lob. occipital.
Oculomotoriuslähmung, centrale, 336.
— period., 307. 520.
— recidiv., 548.
Oeffnungserregung, elektr. 177.
Opticus atrophie 68.
— Bahnen 453.
— im Hirn 1. 534.
— bei multipler Sklerose 313. 505. 517.
Osmiumsäure bei Neuralgien 209. 381.
— bei Epilepsie 382.
Othämatom 207. 208.
Ovariotomie 214. 299. 433. 452. 457. 499. 500.
Ozon, Einfluss auf Nervenkranke 479.

Pachymeningitis int. hypertroph. 116. 375.
Paraldehyd 93. 142. 214. 268. 298. 331. 525. 551.
— physiol. Wirkung 557.
Paralysis acuta ascendens 133.
— agitans, Muskelzuckung dabei 18.
— atroph. progr. 145. 169.
— — chron. 540.

Paralysen aus Einbildung 206. 214 (2).
Paralysis labio-glosso-pharyngea, cf. Duchenne'sche Lähmung und Bulbärparalyse.
Paralysis progressiva der Irren 62. 89. 91. 223. 229. 253. 349.
— Symptomatologie:
— — circuläre Form 39.
— — Sehnenreflexe 92. 112. 551.
— — paralyt. Anfälle 92. 93. 541. 544.
— — Schwindel 251.
— — hyster. Anfälle 253.
— — Ausfallen der Nägel 282.
— — Temperatur 305. 541 (2).
— — Mit spinaler Erkrankung und Erblindung 355.
— — Harn 360.
— — spastischer Symptomencompl. 379.
— Aetiologie:
— — bei Frauen 186. 187.
— — Erblichkeit 405. 543.
— — Häufigkeit 295.
— — Syphilis 91. 405.
— Diagnose: 425. 450.
— Path. Anatomie: 190. 191. 347. 444. 542.
— Pyramidenseitenstrangbahn 156. 381.
— Nervenfasern 305.
— schiefrige Verfärbung der Hirnrinde 442.
— Ganglienzellen 347. 453. 487.
— Verlauf: Einfluss von Eiterung 564.
— Therapie:
— — Ergotin 237.
Paramyoclonus multiplex 395.
Paranoia 18. 111. 236. 297. 399. 409.
Paraphasie 46.
Paraplegien in Folge von Enteritis 234.
— acute schmerzhafte 447.
Patellarreflex, cf. Sehnenreflex.
Percussion des Schädels 278.
— der Nerven 565.
Perimeningitis 37.
Perineuritis acuta nodosa 159.
Peroneuslähmung 516.
Phosphorsäure im Urin, Einfluss der Hirnthätigkeit 432.
Pia spinalis lipom 514.
— — sarcom 479.
Poliencephalitis, acute 502.
Poliomyelitis anterior 135. 146. 233. 256. 422.
— und Neuritis 241. 423.
Pons, Erkrankung 85. 201. 204 (3). 246. 335.
Porencephalie 178. 190. 213. 301. 370. 480.
Posthemiplegische Reizerscheinungen 393.
Preisaufgaben 48. 168. 288. 384.
Pseudohypertrophie der Muskeln 200. 259. 279. 385. 496. 529.
Pseudoparalyse 63.
cf. Bulbärparalyse.
Psychosen 142. 263.
— Aetiologie:
— — Statistik 189. 401.
— — in der franz. Armee 160.
— — Heredität 252.
— — Ansteckung 565.
— — Epilepsie 44.
— — praecpilept. 549.
— — Schule 404.
— — Kopfverletzung. 472 (2). 564.
— — in Folge hoher äusserer Temperatur 499.
— — Syphilis 351. 425.
— — puerperale 144. 381 u. Frauenkrankheiten 455.
— — Herzkrankheiten 427.
— — nach Rheum. art. acut. und Pneumonie 397.
— — nach Augenoperat. 250.
— — nach Scharlach 43.
— — Alcohol 161.
— — Blei 297.
— — Cannab. ind. 427.
— — Chinin 18.
— — Schwefelkohlenstoff 280.
— Symptomatologie.
— — Aphasie 206.
— — Auge 306.
— — Blutuntersuchung. 551.
— — combinirte 223.
— — epileptoide Anfälle 131.
— — hysterische 459.
— — Herzruptur 523.
— — inducirte 38. 427.
— — Knochendegeneration 43.
— — lokale Asphyxie 282.
— — Menstruation 473.
— — Pupillen 330.
— — Schädel 469.
— — Schwindel 251.
— — Sensor. Functionen 31.
— — Sitophobie 330.
— — Stoffwechsel 307.
— — Temperatur 551.
— — bei Zwillingen 383, 397.
— Diagnose, Simulation 140.
— Prognose: späte Heilungen 426.
— Therapie: Anstaltsbehandlung 428 (2).
— — Electricität 383.
— — Hyoscyamin 188.
— — bei Nahrungsverweigerung 283. 383.
— — Lagerung Unreinl. 545.
— — Operation 524.
— — bei Selbstmordsucht 282.
Pupillen bei Epilepsie 282. 511.
— bei Geisteskranken 330.
— — Bewegung 512.
— dilatirende Nerven 534.
Pyramidenbahn 197. 203.
Pyramidenseitenstrangbahn.
— primäre Erkrankung 155.
— secundäre Degeneration 154.

Radialislähmung 431.
Railway-spine 36. 87. 106. 326.
Raumvorstellungen 345.
Rectum, Bewegungs- u. Hemmungsnerven des 513.
Reflexe 33. 238
cf. Sehnenreflexe u. Westphal'sches Zeichen.
Reflexlähmung 234. 293.
Reflexneurosen 504.
Reissner'sche Zellen 271.
Respirationsmuskeln, Krämpfe der 18.
Respirationsbündel, cf. Funic. solitar.
Restraint 115.
Rolando'sche Furchen, Anomalien 168. 190.
Rückenmark:
— Anatomie und Physiologie. Form desselben 485. 501.
— — Histiogenese 271.
— — Entwicklung dess. 430.
— — Erregung desselben bei Hingerichten 430.
— — Blut nach Rückenmarksdurchschneidung 430.
— — halbseitige Durchschneidung 228.
— — Wärmeproduction 290.
— — Vorderstränge, Erregbarkeit 34.
— — Sensibilität 557.
— — Lendenmark 273. 369.
— — Dehnung 162.
— — Regenerationsfähigkeit 518.
— Path. Anatomie:
— — Abscess 232.
— — abnorme Structur 456.
— — bei Bleilähmung 24.
— — Blutung nach Nervendehnung 445.
— — Deformitäten 309.
— — bei Dehnung des Ischiadicus 58.
— — doppelseitige Sklerose bei einseitiger Hirnerkrankung 154.
— — bei Microceph. 480.
— — secudäre Degenerat. 73.
— — Vacuolenbildung, cf. diese.
— Symptomatologie.
— — Combinirte Strangerkrankung 157.
— — Compression 88.

Rückenmark, Symptomatolog.:
— — Erschütterung 277 (2). 383.
cf. Railway-spine.
— — Schwindel und apopl. Anfälle 277.
— Prognose der Erkrankungen desselben 407.
— Therapie:
cf. Myelitis, Sklerose, Tabes, secundäre Degeneration d. Seitenstränge und Vorderstränge.
Rückenmarkshäute, Lipom der 514.
— Sarcom 479.
cf. auch Meningitis spinalis.

Sarcom im Grosshirnschenkel 205.
— Lob. temporal. 213.
— der Rückemarkshäute 479.
— im Sehhügel 392.
Schädel, Capacität 81, 190.
— Blutbewegung in demselben 474.
— bei Irren 469.
— bei Verbrechern 549.
Scharlach und Verfolgungsdelirien 43.
Schlaf, Physiolog. desselben 245. 290.
— Wärmeregulirung 344.
Schlaflosigkeit, Electr. dagegen 114.
Schlafmittel 93. 486.
Schlafzustände 296.
Schleifenbahn 197.
Schmerzempfindung 275.
— Verlangsamung der Leitung 345.
— in der Hirnrinde 492.
Schwefelkohlenstoff, Geisteskrankheit dadurch 280.
Schwindelanfälle bei Geisteskranken 251.
— bei Rückenmark-Krankheiten 277.
Sclerotinsäure 283.
Sehnerv:
cf. Opticus.
Sehen, centrales Organ dafür 272.
— Leitungsbahnen 453.
cf. Lokalisation u. Opticus.
Sehhügel,
cf. Thal. optic.
Sehstörungen experimentelle 495.
cf. Opticus u. Gesichtfeld.
Sehnenreflexe bei Arbeit und Ermüdung 469.
— in Beziehung zur Hautsensibilität 129.
— Experimentelles 180. 308. 384.
Sehnenreflexe b. Lepra 366 u. Fussklonus 519.
— Verschwinden 57.
— bei Verbrechern 57.
— bei progr. Paralyse 92. 112. 551.
Sehnenreflexe bei Paraldehyd 557.
cf. Paralysereflexe, P.-Tabes, Westphal'sches Zeichen.
Seitenstrangsklerose 37. 38. 155.
— nach Lues 183,
cf. Pyramidenseitenstränge.
— amyotrophische,
cf. Amyotroph. Lateralskl.
Selbstmord 208. 282.
— in Russland 34.
— in der franz. Armee 160.
Sensibilität bei Krampf- und Geisteskranken 31.
— bei Verbrechern u. Geisteskranken 115.
— Qualitäten derselben 370.
— der vorderen Rückenmarkstränge 557.
cf. Lokalisation.
Sensible Faserung im Gehirn 492.
Sexualempfindung, conträre, 185. 186. 352.
Shrapnell'sche Membran Perforation 40.
Simulation von Geistesstörung 140.
— bei Geisteskranken 546.
Sitophobie 330.
Sklerose diffuse 558.
— disseminirte der Hirnrinde 97. 125.
— cerebrospinale 276.
— des Rückenmarkes bei Dermatitis 104.
— herdförmige nach Diphtherie 157.
— nach Infectionskrank. 350 und Syphilis 262.
— Augenstörungen 313. 505. 517.
— psychische Störungen 397.
— Axencylinder 195.
Somnambulismus, partieller 563.
Somnambuliste Anfälle 561.
Spastische Spinalparalyse 37. 38. 155. 183.
Spinalganglien 190. 217. 227. 228. 265. 320.
— Ganglienzellen derselben 502.
Spinalparalyse, infantile 135. 153.
— mit Ataxie 497.
cf. Lateralsklerose, Myelitis etc.
Splenius Krampf 114.
Sprachstörungen 526. 543.
cf. Aphasie, Localisation, Paraphasie.
Stammeln 353.
Statistik der Geisteskranheiten,
cf. Psychose.
Stottern 353.
Strangaffectionen, combinirte 157.
cf. Seitenstränge, Tabes etc.
Strychnin bei Alcoholismus 119 und Paraldehyd 142.
Sulc. centralis.
cf. Rolando'sche Furche.
Sulci am Occipitalhirn 190.
Sympathicusaffection 396.
Syphilis:
— Meningitis spinalis 73.
— Myelit. acuta centralis 135.
— Seitenstrangsklerose 138.
— Haematom der Dura mater 205.
— Idiotismus 207.
— Gehirn und Rückenmark 307.
— bei Geisteskranken 351. 425.
— beim Affen 213.
cf. Paralys. progr. und Tabes.
Syringomyelie 165. 455.

Tabak Amaurose 312.
— Amblyopie 420.
— Verbrechen 408.
Tabes periph. Ursprung 37. 182.
— Aetiologie, Syphilis 165. 166. 167. 179. 260. 421. 428. 472.
— hered. Anlage 179.
— Kindesalter 233.
— Symptomatologie Ataxie 96.
— intestinale Störungen 447.
— Larynxkrisen 546.
— Lähmung der Kehlkopfmuskeln 546. 547.
— Muskel-Gefühl 95.
— — Steifigkeit 538.
— — Zuckungen 18.
— electr. Reaction der sensiblen Nerven 246.
— Gelenkaffection 247. 294.
— lokaler Schweiss 294.
— Spondylolisthesis 294.
— Kniephaenomen 295. 350, cf. Sehnenreflexe.
— Harn 360.
— Pied tabétique 377 (2).
— Clitoriskrisen 539.
— Diagnose mit Alcoholataxie 449.
— Prognose 428.
— path. Anatomie 187, 402.
— — Veränderung der periph. Nerven 14. 68. 418.
— — Clarke'sche Säulen 105.
— — Blutgefässe 136. 445.
— — Vaguserkrankung 547.

Tabes, Therapie.
— — Arg. nitr. 114.
— — Elektricität 353.
— — Heilbarkeit 404.
— — Nervendehnung 41. 187.
— — Sublimat. 516.
Tastempfindung 417.
— in der Hirnrinde 492.
Tastsinn, Apparat zur Prüfung 306.
Taubheit, hysterische 424.
Temperatur bei Gehirnverletzung 214.
— bei Zuckerstich 535.
— subnormale 293. 305 540. (2) 541 (2).
cf. Wärme.
Temperatursinn 518.
Tetanus hydrophob. 137. 373.
— neonator. 540.
Tetanus, Therapie 67. 139. 299.
Thal. opticus, Funct. 102.
— Erkrankung 204. 205.
— Tuberkel 213. 392.
— Haemorrhag. 350.
— Sarcom 392.
— Gumma 392.
Thermometer zu lokaler Temperaturmessung 120.
Thermoneurosen 247.
Thomsen'sche Krankheit 61. 520.
Trabecula cinerea 190.
Transfert bei partieller Epilepsie 9.
Tremor, Veratrin dagegen 19.
— Lokalisation 448.
Trepanation b. Hemiplegie 142.
Trepanation bei Schädelfractur 187.
— bei Wirbelcaries 430.
Trigeminus, Neuralgie 254. 255. 382. 565.
Trigeminus-Lähmung 107.
— Durchschneidung 478.
cf. Lingualis.
Trophische Störungen der der Verletzung entgegen gesetzten Seite 16.
Trophoneurosen 395.
Trunksucht und Idiotie 317.
— Bekämpfung 216.
Typhus, Aphasie danach 276 (2).

Ueberbürdung 476.
Ulnaris; Compression desselben 394 (2).
Unzurechnungsfähigkeit.
cf. forensische Fälle.
Urin,
cf. Harn.

Vacuolenbildung in den Ganglienzellen des Rückenmarkes 32. 33. 54. 121. 171. 192. 267.
Variola, nervöse Störungen 517.
Ventrikel des Hirns, Luftansammlung 514.
Veratrin gegen Tremor 19.
Verbrecher, Typen 545.
cf. forens. Psychiatrie, Schädel.
Verrücktheit,
cf. Paranoia.
Vierhügel,
cf. Corp. quadrigemina.
Vitiligo 328.
Vorderstränge des Rückenmarkes,
cf. Erregbarkeit derselben 34.
— Sensibilität 557.

Wärmeempfindung 275.
Wärmeproduction abhängig vom Nervensystem 290. 349.
— centrale 293.
— Regulation in Narkose und Schlaf 344.
cf. Temperatur.
Wahnsinn, religiöser 120.
cf. Psychosen.
Westphal'sches Zeichen 57. 295. 350. 355.
cf. Reflexe u. Sehnenreflexe.
Wiederkauen 352.
Windungen,
cf. Gyr., Hirnrinde und einzelne Lobi.
Wirbelcaries 430.
Worttaubheit 21. 22. 470.
cf. Lobus temporalis und Localisation.

Zittern,
cf. Tremor.
Zuckerstich, Einfluss auf Temperatur 535.
Zwangsvorstellungen 300, 522.
Zweifelsucht
cf. Folie du doute.
Zwillingsirresein 383. 397,
cf Psychosen, inducirte.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

ST 536

41F.
366